




Het moet beter, het kan beter, anders lopen we vast

Een overzicht van internationale
transitiebewegingen in de ggz
en de introductie van de GEM
social trial in Nederland

Jim van Os
Wilma Boevink
Floortje Scheepers
Michael Milo
Gijs Ockeloen
Sinan Guloksuz
Philippe Delespaul



“Het moet beter, het kan beter, anders lopen we vast.”

Een overzicht van internationale transitiebewegingen in de ggz en de introductie van de GEM social trial in Nederland

Jim van Os ^{1,2} #

Wilma Boevink ¹

Floortje Scheepers ¹

Michael Milo ³

Cijs Ockeloën ⁴

Sinan Guloksuz ^{5,6}

Philippe Delespaul ^{5,7}

#Voor correspondentie

Auteur affiliaties

1. University Medical Centre Utrecht, department of Psychiatry, PO BOX 85500, 3508GA Utrecht, The Netherlands
2. Department of Psychosis Studies, Institute of Psychiatry, Psychology & Neuroscience, King's College London, London, UK
3. Milo Health Care Connector and Change Management Consultant, Berlagehof 14, 1067NB Amsterdam, The Netherlands
4. Reframing Studio, Bilderdijkkade 50 A1 1053 VN Amsterdam, the Netherlands
5. Department of Psychiatry and Neuropsychology, Maastricht University, 6200 MD Maastricht, The Netherlands
6. Department of Psychiatry, Yale University School of Medicine, New Haven, CT, USA
7. Mondriaan Mental Health Trust, 6401 CX Heerlen, The Netherlands

Contents

Samenvatting	7
Is er behoefte aan hervorming van de geestelijke gezondheidszorg in de geïndustrialiseerde landen?	8
• De complexiteit van verandering in de ggz	9
• Aanwijzingen voor de noodzaak van transitie naar een systeem van collaboratieve publieke ggz	12
Welke componenten zijn benodigd voor ggz-transformatie?	14
• Van een individuele naar een collectivistische focus	14
• Van machtsdisbalans naar cocreatie	14
• Van traditionele specialistische kennis en instellingen naar gelijkwaardigheid tussen ervarings- en specialistische kennis en instellingen	16
• Van het behandelen van high risk states/ziekten naar het verminderen van prevalentie bij (kwetsbare) populaties	17
• Van 'stoornisisme' naar een contextueel begrip van geestelijke nood.	18
• Van specialistische interventies naar risicoreductie, gezondheidsbevordering, mental health literacy, stigma reductie, veerkrachtbevordering, beschermende factoren en niet-medische vroege interventie	20
• Van beperkte specialistische capaciteit naar onbeperkte capaciteit door taakverschuiving, vereenvoudiging van interventies, groepsbenaderingen en eCommunities	22
• Van een economisch gedreven gefragmenteerd systeem naar een op waarden gebaseerde, gecoördineerde benadering	25
Voorbeelden van publieke geestelijke gezondheidsinitiatieven in geïndustrialiseerde landen	28
Hoe kan echte transformatie tot stand komen? Introductie van de Mental Health Ecosystem social trial in Nederland	32
GEM Veranderstrategie	40
• GEM onderzoeks- en monitoringsinstrument	42
Conclusie	47
Referenties	50

Samenvatting

Achtergrond: De ggz in Nederland kent uitdagingen zoals fragmentatie, ongelijke toegankelijkheid en een smalle specialistische focus op individuele diagnose en symptoomreductie in de productiegedreven context van gereguleerde marktwerking.

Methoden: Een review van de literatuur suggereert dat, om deze uitdagingen aan te pakken, een waardengedreven, geïntegreerde, publieke, populatiegerichte en collaboratieve transformatie nodig is, die uitgaat van de bredere sociale, culturele en existentiële context van psychisch problemen.

Resultaten: Het Ecosysteem Mentale Gezondheid (GEM) is een social trial dat beoogt een dergelijke aanpak te bieden, gericht op het versterken van de positie van hulpvragers en het bevorderen van samenwerking tussen aanbieders van ggz, sociale zorg en peer-support organisaties, die samenwerken in een regionaal ecosysteem van zorg en zich verbinden aan een reeks gedeelde waarden. Binnen het ecosysteem worden psychische problemen bekeken door de lens van mentale variatie in context. De capaciteit van groepsbehandelingen wordt vergroot en de 'specialisten' in het ecosysteem werken flexibel en consultatief via 2e orde behandelingen, gericht op het toevoegen van waarde aan het leven van hulpvragers. Informele bronnen van weerbaarheid in de gemeenschap, buiten de professionele zorg, worden ontsloten. Digitale platforms zoals psychosenet.nl en proud2bme.nl, die traditionele ggz aanvullen en een nieuwe vorm van publieke ggz vormen, worden uitgebreid. De capaciteit van herstelacademies/zelfregiecentra wordt vergroot in een nationaal netwerk dat het hele land bestrijkt. GEM wordt geëvalueerd in een populatiegerichte analyse, gericht op bewegingen van ggz-consumptie, een reeks geaggregeerde klinische uitkomsten en associaties met sociale determinanten op het niveau van het viercijferig postcodegebied. Het succes van GEM steunt sterk op de bottom-up ontwikkeling met betrokkenheid van stakeholders, inclusief verzekeraars en beleidsmakers, op basis van cocreatie.

Conclusie: Door een sociaal experiment te omarmen en digitale platforms te benutten, kan de Nederlandse ggz uitdagingen overwinnen op weg naar een meer gelijkwaardige, toegankelijke en hoogwaardige zorg voor iedereen.

Is er behoefte aan hervorming van de geestelijke gezondheidszorg in de geïndustrialiseerde landen?

Ongeveer dertig jaar geleden was de conclusie, op basis van een vergelijking van ggz-systemen in Europa, dat alle landen worstelen met de ontwikkeling van een duurzaam en effectief systeem van ggz¹. De vraag rijst in hoeverre dit sindsdien ten goede is veranderd. In de afgelopen drie decennia hebben academische psychiaters en psychologen “nieuwe” aandoeningen geïdentificeerd en een reeks aan ‘evidencebased’ behandelingen bedacht. Ook is er veel onderzoek gedaan naar de biologische en neurocognitieve mechanismen van aandoeningen. Opvallend, echter, is dat de ontwikkeling van duurzame systemen van ggz niet op veel academische belangstelling kon rekenen – reden waarom het onderbelicht is gebleven²⁻⁴.

Ook Nederland kent aanzienlijke uitdagingen in de verstrekking van ggz. Een recent overheidsrapport in Nederland stelt: “Het moet beter, het kan beter, anders lopen we vast”⁵. Lange wachtlijsten, een alarmerende toename in de prevalentie van psychische problemen bij jonge mensen, onvoldoende toegang tot zorg van hen die de hulp het hardst nodig hebben, onveilige omgevingen voor mensen met ernstige psychische aandoeningen, afhankelijkheid van een individuele en specialistisch-medische aanpak met stijgend gebruik van

psychotrope medicaties en manualised psychotherapeutische interventies met een nadruk op therapeutische technieken (die per definitie schaars zijn wegens gebrek aan erkende ‘specialisten’) behoren tot de meest prangende problemen⁶⁻¹⁴.

Het huidige specialistische systeem wordt gekenmerkt door een sterke nadruk op diagnose en evidencebased individueel-specialistische behandeling voor medisch gedefinieerde aandoeningen en toestanden van ‘high-risk’ in klinische settings, gebaseerd op prescriptieve richtlijnen die hun oorsprong hebben in groepsvergelijkingen gericht op symptoomreductie in randomised trials. Juist dit systeem heeft moeite om te voldoen aan de toenemende vraag naar ggz. Bovendien worden klinische praktijkrichtlijnen zelden als ‘living documents’ bijgewerkt en zijn ze gebaseerd op gecontroleerde gegevens, terwijl het bewijsmateriaal voor gegevens uit de ‘real world’ en problemen die te maken hebben met toegang, kosten en organisatie tot een minimum worden beperkt. Recente analyses pleiten, conform eerdere oproepen^{6, 10-11, 15-17}, voor een transformerende aanpak¹⁸ om te komen tot betaalbare en toegankelijke zorg die zich richt op de unieke omstandigheden van de persoon¹⁹, terwijl de medicalisering

van sociale en existentiële behoeften wordt beperkt²⁰⁻²¹. Maar wat is de beste manier om dit te bereiken?

De complexiteit van verandering in de ggz

De complexiteit van verandering in ggz-systemen in geïndustrialiseerde landen wordt al lang erkend, ook in Nederland²²⁻²³. In ons land springen twee belangrijke hervormingen sinds medio jaren 2000 eruit. De hervorming van 2006 schafte het onderscheid tussen publieke en private verzekeringen af, stelde een enkel universeel sociaal gezondheidszorgsysteem in en introduceerde concurrentie die burgers in staat zou stellen om te kiezen tussen verschillende verzekeringsplannen - die overigens minimale verschillen bieden omdat het basisplan zeer uitgebreid is en opgelegd door de overheid. De impuls voor kwaliteitsverbetering binnen het gezondheidszorgsysteem, was de gedachte, zou voortkomen uit gereguleerde concurrentie, waarbij verzekeringsmaatschappijen, in plaats van mensen, zorgverleners selecteren. Deze zorgverleners leggen echter voornamelijk de nadruk op kostenefficiëntie en gaan niet zelden over tot selectie van hulpvragers, waarbij minder complexe gevallen de voorkeur krijgen. Verder beoogt een recent geïntroduceerde hervorming van

de langdurige zorg een verschuiving van openbaar verstrekte zorg naar verhoogde zelfredzaamheid voor burgers en een grotere rol voor gemeenten bij het organiseren van zorg. Een specifiek aandachtsgebied is de integratie en samenwerking van nieuwe governancestructuren en verantwoordelijkheden binnen de langdurige zorg. Het gereguleerde marktsysteem van gezondheidszorg in Nederland heeft geleid tot enkele perverse prikkels voor economisch gedreven selectie van hulpvragers met minder ernstige problemen en vermindering van complexere hulpvragers¹¹. Dit systeem kan zo onbedoeld bijdragen aan een kloof in de toegang tot zorg voor degenen die het het meest nodig hebben²⁴. Aangezien complexe comorbiditeit bij psychische problemen typerend is voor verhoogde instabiliteit, lopen ernstig zieke hulpvragers steeds meer risico. Het gereguleerde marktsysteem heeft ook geleid tot een toenemend gefragmenteerd landschap van ggz (Fig. 1). Tevens heeft de scheiding en het gebrek aan samenwerking tussen sociale zorg en ggz in Nederland aanvullende, specifieke uitdagingen gecreëerd bij het aanpakken van de geestelijke gezondheidsbehoeften van de bevolking²⁵.

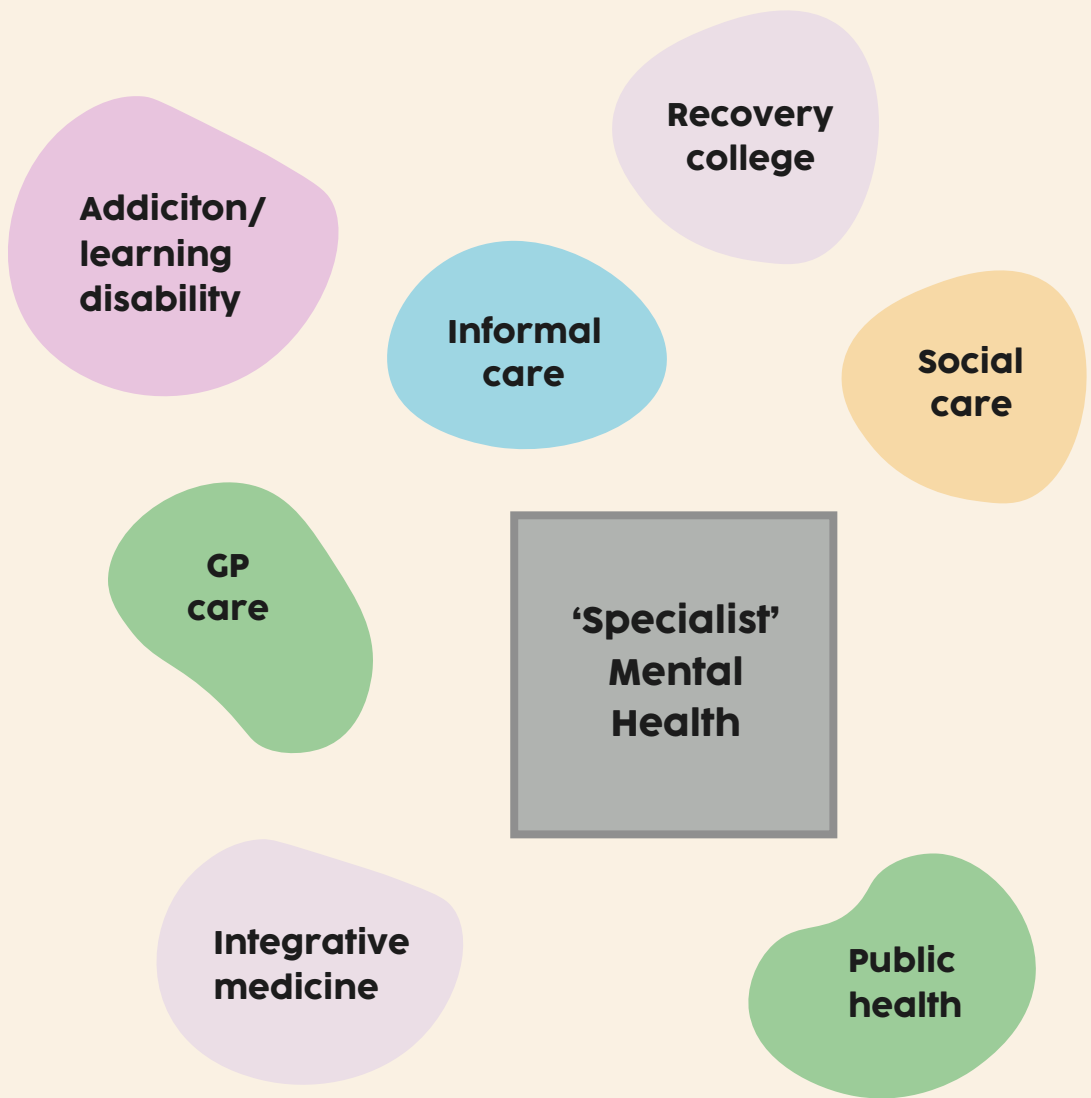


Fig. 1 Huidige staat van gefragmenteerde zorg

Het kan een uitdaging zijn om je weg te vinden in de Nederlandse ggz vanwege het gereguleerde marktgezondheidszorgsysteem dat bureaucratische complexiteit creëert en sociale zorg scheidt van gezondheidszorg. Daarnaast kan de focus van het ggz-systeem op DSM-diagnoses en op 'evidencebased' symptoomreductie leiden tot een enge benadering, die de bredere sociale en existentiële context, die het welzijn van mensen beïnvloedt, over het hoofd ziet. Fragmentatie van diensten en selectieve toegang door aanbieders verergeren het probleem.

De gemeentelijke gezondheidsdienst (GGD)

is verantwoordelijk voor het bevorderen en beschermen van de volksgezondheid op lokaal niveau, inclusief de oggz-taak gericht op het identificeren en ondersteunen van kwetsbare mensen met complexe psychosociale of psychiatrische zorgbehoeften die zelf geen of onvoldoende hulp zoeken. eCommunities zoals psychosenet.nl en proud2bme.nl bieden toegankelijke, online ondersteuning en digitale interventies voor mensen die te maken hebben met psychose of eetaandoeningen, respectievelijk, en doorbreken het stigma en de isolatie die vaak gepaard gaan met psychische problemen. Ze tonen het potentieel van digitale platforms aan om traditionele ggz aan te vullen en een nieuwe functie van openbare geestelijke gezondheidszorg vorm te geven in Nederland.

Het sociale zorgsysteem van Nederland ondersteunt kwetsbare mensen en bevordert het welzijn door middel van een reeks diensten, waarbij de verantwoordelijkheid grotendeels bij de gemeenten ligt om op maat gemaakte, populatiegerichte benaderingen te waarborgen. Het gebrek aan geïntegreerde samenwerking tussen ggz en sociale zorg is een dringend probleem, gezien het feit dat de

consumptie van ggz in Nederland sterk wordt gedreven door dezelfde sociaaleconomische factoren die aanleiding zijn voor sociale zorg²⁶⁻²⁷.

Herstelacademies/zelfregiecentra

richten zich op het empoweren van mensen om demoralisatie te boven te komen, zelfmanagementvaardigheden te ontwikkelen, veerkracht op te bouwen en persoonlijke groei te ontwikkelen, en bieden een veilige, inclusieve en ondersteunende omgeving.

De huisarts fungeert als de primaire zorgverlener en poortwachter voor specialistische diensten, inclusief ggz, waarbij de poh-ggz ondersteuning biedt bij het beoordelen, behandelen en doorverwijzen van hulpvragers met psychische problemen.

De verslavingszorg biedt poliklinische, klinische en community-based behandelingen, terwijl diensten voor leeraandoeningen onderzoek, persoonlijke ondersteuning, therapie en begeleiding bieden voor mensen met leeraandoeningen en hun families.

De sector van **complementaire en alternatieve geneeskunde** van minstens HBO-niveau opgeleide hulpverleners functioneert naast de conventionele gezondheidszorg en biedt een reeks therapieën en behandelingen waar veel gebruik van wordt gemaakt.

Informele ggz in Nederland omvat een divers scala aan niet-professionele ondersteuningssystemen, waaronder religieuze instellingen, vrijwilligersorganisaties, hulpgroepen, familieleden of verwanten en gemeenschapscentra, die een cruciale rol spelen bij het bevorderen van welzijn en het ondersteunen van mensen met geestelijke gezondheidsbehoeften.

IS ER BEHOEFTE AAN HERVORMINGEN VAN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG IN DE GEÏNDUSTRIALISEERDE LANDEN?

Een ander kritiek probleem in het Nederlandse ggz landschap is het toenemende niveau van mentale nood onder jonge mensen. Deze wordt toegeschreven aan existentiële en sociale factoren die niet kunnen worden aangepakt in een geïndividualiseerde, specialist-georiënteerde ggz²⁸. De toenemende prevalentie van mentale nood onder jonge mensen benadrukt daarmee de behoefte aan een meer alomvattende en geïntegreerde aanpak die de oorzaken van de psychische nood aanpakt en veerkracht bevordert²⁹. Echter, het ontbreken van een goed ontwikkeld public mental health perspectief in Nederland maakt dat dergelijke uitdagingen op populatieniveau nog niet kunnen worden aangepakt²². Een publieke aanpak, waarbij strategieën voor het bevorderen van mentale weerbaarheid en preventie worden opgenomen, evenals niet-medische vroege interventie en digitale zorgbenaderingen, zou kunnen helpen om de onderliggende factoren die bijdragen aan psychische problemen te identificeren en te remediëren, met name onder kwetsbare (jonge) bevolkingsgroepen³⁰.

Aanwijzingen voor de noodzaak van transitie naar een systeem van collaboratieve publieke ggz

In dit artikel betogen we dat een

paradigmaverschuiving nodig is, die rekening houdt met de complexiteit van verandering in de gezondheidszorg in geïndustrialiseerde landen en die voorziet in een overgang van een medisch-specialistische benadering naar een systeem dat mede is gegrondvest op de principes van public mental health. Dit betekent dat het traditionele medisch-specialistische systeem van zorg een vorm van flexibele en modulaire samenwerking gaat zoeken met alle andere partners beschreven in Fig. 1 in een 'ecosysteem' van geestelijke gezondheid^{8,31}.

Public mental health is een populatiegerichte benadering die enerzijds preventie benadrukt door risicoreductie, niet-gemedicaliseerde vroege interventie, reductie van stigma en ongelijkheid, en anderzijds salutogenese of de bevordering van veerkracht en mentaal welzijn³²⁻³⁵. Het streeft naar het aanpakken van de sociale determinanten van de geestelijke gezondheid, het verminderen van ongelijkheden in de toegang tot zorg, het de-medicaliseren van het verhaal dat wordt verteld over de ggz aan de bevolking, het bevorderen van wetenschappelijk bewijs van de kracht van (group-based) relationele rituelen bij het herstellen van de geestelijke gezondheid, het bevorderen van samenwerking tussen sectoren en het

creëren van ondersteunende peer-support omgevingen, zowel op locatie als online, voor mensen om te werken aan de-demoralisatie, het bouwen van een existentieel perspectief en motivatie voor verandering. Het wil een collectivistische kernbenadering van geestelijke gezondheid implementeren, die wordt ondersteund door een meer modulaire en flexibele vorm van werken door de ggz-specialisten via een taakverschuiving van 2e orde behandeling (de specialist laat anderen behandelingen uitvoeren – waar mogelijk in groepsverband) in plaats van 1e orde behandeling (specialist voert zelf de behandelingen uit bij individuele hulpvragers).

Hieronder wordt een sociaal experiment beschreven dat een dergelijke transformatie introduceert in verschillende regio's in Nederland. Op basis van deze pilootactiviteiten biedt het aanbevelingen voor het implementeren van de gewenste veranderingen. Eerst zullen we presenteren welke componenten van transformatie momenteel vereist zijn in de Nederlandse ggz, op basis van een review van de literatuur en internationale ervaringen. Vervolgens wordt beschreven hoe een sociaal experiment om deze specifieke uitdagingen aan te pakken werd ontworpen, hoe een verandertraject werd opgezet

om elke component van transformatie te vergemakkelijken, en hoe de transformatie zal worden gemonitord en geëvalueerd.

Welke componenten zijn benodigd voor ggz-transformatie?

Welke transformatiecomponenten zijn vereist en waarom? Om de overgang te maken van een gefragmenteerd, overgespecialiseerd medisch systeem naar een benadering die ook elementen bevat van public mental health, moeten verschillende kritieke domeinen worden aangepakt. Deze worden vermeld in Tabel 1 en worden hieronder in meer detail besproken.

Van een individuele naar een collectivistische focus

In het huidige ggz-stelsel worden mentale problemen gezien als de gedecontextualiseerde manifestatie van een ziekte 'in het hoofd' die specialistische diagnose en behandeling vereist. De jaarlijkse prevalentie van psychische aandoeningen in Nederland is echter gestegen van 1 op 5 in de periode 2007-2009 naar bijna 1 op 4 nu, met nog hogere prevalenties bij jonge mensen³⁶. Deze toename geeft ten eerste aan dat – waarschijnlijk modificeerbare – omgevingsfactoren een enorme invloed hebben op de geestelijke gezondheid en mogelijk kunnen worden verlicht door een public health aanpak gericht op het aanpakken van de risicofactoren onder psychisch lijden, vooral bij jongen mensen. Er is solide bewijs dat armoede, eenzaamheid, bestaansonzekerheid, discriminatie, de focus

op maakbaarheid en 'succes-is-een-keuze' en een reeks gekende omgevingsfactoren psychische nood veroorzaken³⁷⁻³⁸ en dat deze kunnen worden aangepakt in het kader van public health interventies³⁹⁻⁴¹. Ten tweede betekent de toename in prevalentie van psychisch lijden dat elk ggz-systeem dat is gebaseerd op individuele specialistische behandeling per definitie enorm overbelast zal zijn en blijven. Deze ontwikkelingen wijzen daarom op een dringende behoefte aan een meer collectivistische, populatiegerichte benadering van geestelijke gezondheid. Gezien de sterke toename van psychische nood onder jongeren, zijn er steeds meer geluiden om public health strategieën te introduceren⁴², zoals sommige landen dat reeds met succes deden in de jeugd-ggz⁴³⁻⁴⁵.

Van machtsdisbalans naar cocreatie

De huidige ggz kent een machtsdisbalans tussen zorgverleners en zorgvragers⁴⁶. Ggz-professionals hebben doorgaans de macht om zorgvragers te diagnosticeren en te labelen met een erkende psychische stoornis – waarvan de wetenschappelijke basis echter ontbreekt. Dit kan stigmatiserend zijn en de machtsdynamiek tussen zorgverlener en zorgvrager in een verkeerde richting sturen⁴⁷. Ggz-professionals worden gezien als experts met gespecialiseerde kennis, wat kan leiden tot het gevoel bij zorgvragers dat ze zich

Individuele specialistische benadering	Collectivistische public health benadering
Benadrukt specialist-gestuurde individuele diagnose en behandeling	Benadrukt population-based preventie en weerbaarheidsbevordering, evenals een collaboratieve en geïntegreerde benadering van zorg
Kan machtsonevenwichtigheden tussen zorgverleners en hulpvragers in stand houden	Benadrukt een collaboratieve zorgbenadering die hulpvragers empowert via peer-support, betrokkenheid van mensen met ervaringskennis en cocreatie met gebruikers
Gebaseerd op 'evidencebased' professionele kennis	Gebaseerd op zowel ervarings- als professionele kennis
Vermindert de totale last van psychisch lijden niet	Interventies kunnen risicofactoren aanpakken en beschermende factoren bevorderen die een brede impact kunnen hebben binnen én buiten de zorg, hetgeen leidt tot verbeterde mentale uitkomsten op populatieniveau
Kan leiden tot een beperkt biologisch begrip van geestesziekten dat begrensd is tot individuele symptomen in DSM-categorieën	Erkent het belang van het begrijpen van psychisch lijden binnen een bredere sociale, culturele en existentiële context, met nadruk op diagnostische cocreatie met mensen met ervaringskennis en het bevorderen van geestelijke gezondheidsvaardigheden
Focus op ziekenhuisopname, medische interventies en therapieën	Focus op social holding, gezondheidsbevordering, mental health literacy, veerkracht, beschermende factoren, niet-medische vroege interventie en risicoreductie van sociale determinanten van geestelijke gezondheid (armoede, eenzaamheid, sociale demoralisatie, discriminatie, bestaansonzekerheid)
Focus op één-op-één behandeling in klinische setting	Focus op groepsbenaderingen en community spirit
Specialist bepaalt behandelindicatie in klinische setting	Patiënt kan kiezen tussen cross-sector opties over hoe te werken aan problemen
Kan leiden tot overmatige afhankelijkheid van medicatie als behandeloptie	Benadrukt een scala aan behandelopties, waaronder medicatie en psychotherapie, maar ook niet-traditionele benaderingen zoals mindfulness, meditatie, lichaamsgerichte, ervaringsgerichte en diergeleide behandelingen, en een focus op peer-support en betrokkenheid van mensen met ervaringskennis in zelfregiecentra/herstelacademies
Kan het belang van social holding en community in herstel verwaarlozen	Benadrukt het belang van sociale interventies, publieke campagnes, social holding en community interventies, zoals zelfregiecentra/herstelacademies, peer-supported open dialoog, retraites en retreats in het bevorderen van sociale participatie, social holding, mentaal welzijn en herstel
Kan leiden tot economisch gedreven gefragmenteerde zorg en een gebrek aan coördinatie tussen providers	Prioriteert een waardengedreven, gecoördineerde benadering van ggz, met nadruk op samenwerking tussen ggz-zorgverleners, sociale zorgverleners en peer-supported zelfregiecentra/herstelacademies
Kan duur zijn en moeilijk toegankelijk voor mensen met minder financiële middelen	Gericht op het bieden van universele toegang tot ggz
Kan leiden tot stigmatisering en etikettering van mensen met psychische aandoeningen	Streeft naar het verminderen van stigma rond mentale variatie en bevordert een meer inclusieve en sociale benadering van zorg

Tabel 1: Verschillen tussen een individualistische en een collectivistische benadering van ggz

WELKE COMPONENTEN ZIJN BENODIGD VOOR GGZ-TRANSFORMATIE?

moeten onderwerpen aan het oordeel van de professional in plaats van gelijkwaardig deel te nemen aan besluitvorming over diagnose en behandeling. Bovendien hebben ggz-professionals vaak institutionele macht en middelen binnen ggz-systemen en organisaties, wat de machtsdisbalans tussen de professional en de zorgvrager kan versterken en het vermogen van hulpvragers om voor zichzelf op te komen kan beperken⁴⁸. De disbalans in macht kan worden rechtgezet door (i) zich te concentreren op de dagelijkse aanpassingsstrategieën die de kern vormen van herstel en waarvoor burgers en hun betrokken netwerk de belangrijkste informatiebron zijn; (ii) aandacht voor mental health literacy en patient education vanuit het perspectief van geleefde ervaring; en (iii) de introductie van nieuwe terminologie en wat doorgaat voor 'bewijs' in beleid en praktijk, zoals het accepteren dat herstel een subjectieve ervaring is die door de persoon moet worden bepaald in een kronkelig en moeilijk pad over de tijd; dat persoonlijk herstel van psychische problemen voor veel mensen mogelijk is; dat formele diagnose geen betrouwbare basis is voor behandeling; dat formele 'evidencebased' behandeling slechts een van de vele wegen naar herstel is; en dat psychische problemen per definitie gevarieerd en complex zijn⁴⁹.

Van traditionele specialistische kennis en instellingen naar gelijkwaardigheid tussen ervarings- en specialistische kennis en instellingen

Een eng evidencebased model van ggz, gericht op symptoomreductie en functioneren, loopt het risico niet te voldoen aan sociale en existentiële zorgbehoeften⁵⁰⁻⁹. Herstelacademies/ zelfregiecentra richten zich op het bieden van onderwijs en ondersteuning aan mensen met psychische problemen, met als doel social defeat en geïnternaliseerde stigma's te overwinnen, en herstel en persoonlijke groei te bevorderen. Ze zijn gebaseerd op de principes van herstelgerichte praktijk, die de behoeften en ervaringen van mensen met psychische problemen vooropstellen en hen ondersteunen op hun weg naar herstel⁵¹⁻⁵². Mensen – met en zonder klachten – kunnen zich inschrijven voor cursussen en workshops die een breed scala aan onderwerpen behandelen die verband houden met geestelijke gezondheid en welzijn, ontworpen en gegeven door mensen met doorleefde ervaring en een opleiding ervaringsdeskundigheid, die hun eigen expertise en ervaring meebrengen in het onderwijs- en leerproces. Herstelacademies/ zelfregiecentra leggen doorgaans de nadruk op peer support, samenwerking en gedeeld leren, met als doel mensen te empoweren

om een actieve rol te spelen bij het beheer van hun eigen geestelijke gezondheid en welzijn. Door een herstelgerichte praktijk te bevorderen en ggz-gebruikers te betrekken bij het onderwijs- en leerproces, kunnen herstelacademies/zelfregiecentra helpen herstel te bevorderen en de mentale uitkomsten voor mensen met psychische problemen te verbeteren. Er zijn aanwijzingen dat herstelacademies/zelfregiecentra populair zijn bij ggz-gebruikers en dat deelname helpt bij het herstelproces⁵³⁻⁵⁴. Belangrijk is dat herstelacademies/zelfregiecentra mensen kunnen betrekken die geen contact willen met de ggz en verbeteringen teweegbrengen op verschillende gebieden zoals zelfvertrouwen, eigenwaarde en zelfinzicht⁵⁵. Herstelacademies/zelfregiecentra zijn steeds populairder en passen zich voortdurend aan de behoeften van gebruikers aan, maar blijven structureel ondergefinancierd in rijke landen⁵⁶⁻⁵⁷. Innovatieve manieren zijn nodig om meer herstelgerichte structuren naast bestaande systemen te introduceren⁵⁸.

Van het behandelen van high risk states/ ziekten naar het verminderen van prevalentie bij (kwetsbare) populaties

Het behandelen van ziekten is – misschien paradoxaal – geen effectieve manier om de gezondheid op bevolkingsniveau

te verbeteren⁵⁹. Een medische hoog-risico preventiestrategie, gericht op het identificeren en ingrijpen bij personen die als risicovol worden beschouwd om psychische aandoeningen te ontwikkelen op basis van specifieke criteria zoals genetische predispositie of subklinische symptomen, is niet effectief op bevolkingsniveau vanwege de ‘preventieparadox’⁶⁰. De medische hoog-risico strategie kan ook ongewenste iatrogene effecten hebben, resulterend in meer psychische problemen⁶¹. Een population-based risicoverlagende preventiestrategie in de ggz richt zich op het aanpakken van de onderliggende determinanten van geestelijke gezondheid en het implementeren van interventies gericht op de gehele bevolking of specifieke kwetsbare subpopulaties³⁵. Population-based strategieën benadrukken vaak het belang van het aanpakken van belangrijke sociale determinanten van geestelijke gezondheid, zoals sociaaleconomische deprivatie, lage opleiding, eenzaamheid, het dogma van ‘succes-is-een-keuze’, gebrek aan verbondenheid, trauma, social defeat, werkeloosheid, geen goede huisvesting, bestaansonzekerheid, en gebrek aan social holding. Deze factoren hebben een significante impact op uitkomsten van geestelijke gezondheid en kunnen effectiever worden aangepakt door interventies op

WELKE COMPONENTEN ZIJN BENODIGD VOOR GGZ-TRANSFORMATIE?

bevolkingsniveau. Population-based strategieën kunnen helpen voorkomen dat psychische problemen überhaupt ontstaan, waardoor de totale druk op de ggz vermindert. Hoog-risico medische strategieën, die worden toegepast nadat symptomen al zijn ontstaan, zijn daarentegen minder effectief bij het verminderen van de totale prevalentie van psychische aandoeningen. Population-based strategieën promoten ook beschermende factoren en het opbouwen van veerkracht, wat ten goede kan komen aan een breed scala van personen, zelfs diegenen die niet als hoog risico worden beschouwd. Medische hoog-risico interventies brengen daarentegen een significant risico van medicalisering met zich mee, wat afhankelijkheid en stigma creëert. Een verder probleem van hoog-risico strategieën in de ggz is dat ze niet effectief zijn, omdat het vermogen om transitie naar ziekte bij mensen met vroege niet-specifieke psychische klachten te voorspellen laag is en er geen goed bewijs is dat interventies transities van 'risicotestand' naar 'ziektetoestand' kunnen verminderen⁶²⁻⁶³.

Van 'stoornisisme' naar een contextueel begrip van geestelijke nood.

Er is goed bewijs dat er meerdere belangrijke klinische, conceptuele en relationele voordelen kunnen zijn bij het afstappen

van de huidige praktijk met impliciet de boodschap van een enge diagnose van ziekte als een biologisch probleem in de hersenen⁶⁴⁻⁶⁶. Momenteel kan het belang dat gehecht wordt aan categorische diagnose in de ggz worden gezien als een systematische poging om iemands ervaring te decontextualiseren, een praktijk die wordt aangeduid als 'stoornisisme'⁶⁷. Stoornisisme maakt de weg vrij voor interventies die de hersenen zouden kunnen 'repareren'. Een alternatieve aanpak die belofte toont⁶⁸, is het herkaderen van de taal die gebruikt wordt om geestelijke nood te beschrijven, verschuivend naar een contextueel begrip dat bewustzijn en betekenis erkent als belangrijke instrumenten die het mogelijk maken om te interacteren met complexe omgevingen. Dit perspectief erkent de dynamische wisselwerking tussen bottom-up sensorische informatie en top-down voorspellingen op basis van eerdere ervaringen, en benadrukt het belang van persoonlijk onderzoek met unieke contexten en omstandigheden van elke persoon⁶⁹. Het contextuele model van de public mental health erkent dat geestelijke gezondheid wordt beïnvloed door een breed scala aan factoren, waaronder biologische, psychologische, sociale, existentiële en culturele factoren³⁷⁻³⁸ en het proces van betekenisgeving dat voortkomt uit deze factoren. Dit holistische begrip maakt

een meeromvattende benadering van geestelijke gezondheid mogelijk, die rekening houdt met de complexiteit en onderlinge verbondenheid van verschillende aspecten van iemands leven. Er is ook meer ruimte voor het erkennen dat de ervaringen en omstandigheden van elke persoon uniek zijn, en dat daarom een persoonlijke en interactieve benadering van ggz is vereist. Hierdoor kunnen meer geïndividualiseerde behandelplannen worden opgesteld die rekening houden met de unieke behoeften en omstandigheden van een persoon en zijn netwerk. Omdat het contextuele model van geestelijke gezondheid het belang van zelfbewustzijn en zelfregulatie benadrukt, kan het mensen en hun netwerk in staat stellen een actieve rol te spelen in hun eigen geestelijke gezondheid en welzijn. Dit kan leiden tot meer agency en een gevoel van controle over iemands leven. Het pleit ook voor een meer sociaal verbonden benadering, omdat het het belang van sociale verbindingen en ondersteunende systemen voor geestelijke gezondheid en welzijn benadrukt. Dit kan resulteren in een meer netwerk- en communitygerichte benadering van ggz, dat zich richt op het opbouwen en versterken van sociale netwerken en ondersteuningssystemen. Ten slotte is een contextueel model van geestelijke gezondheid vanzelfsprekend

compatibel met het belang van diversiteit en culturele factoren in geestelijke gezondheid en welzijn. Hierdoor kan een meer inclusieve benadering van ggz worden gehanteerd, rekening houdend met de unieke ervaringen en perspectieven van verschillende mensen en gemeenschappen.

WELKE COMPONENTEN ZIJN BENODIGD VOOR GGZ-TRANSFORMATIE?

Van specialistische interventies naar risicoreductie, gezondheidsbevordering, mental health literacy, stigmareductie, veerkrachtbevordering, beschermende factoren en niet-medische vroege interventie

Onderzoek suggereert dat specialistische interventies grotendeels werken via niet-specifieke mechanismen die mogelijk effectiever kunnen worden aangeboden in groepen in een context van community⁹.

Voorbeelden hiervan zijn:

- Gezondheidsbevorderende interventies gericht op het verbeteren van de geestelijke gezondheid en het bevorderen van welzijn door gezonde gedragingen en levensstijlen. Gedacht kan worden aan het stimuleren van lichaamsbeweging, het bevorderen van gezonde eetgewoonten en sociale relaties, en het bevorderen van voldoende slaap.
- Interventies om veerkracht op te bouwen die mensen helpen om te gaan met stress en tegenslag en om zich te herstellen van uitdagende levensgebeurtenissen. Voorbeelden zijn mindfulness-training en stressmanagementtechnieken. Ook hulp bij omgang met sociale media en perfectie- en maakbaarheidsdruk bij jonge mensen valt hier onder.
- Interventies voor mental health literacy zijn gericht op het verbeteren van kennis en bewustzijn over psychische problemen en bevorderen positieve, gedemedealiseerde houdingen ten opzichte van geestelijke gezondheid. Voorbeelden zijn geestelijke gezondheidseducatieprogramma's, sociale-mediacampagnes en publieksinformatiecampagnes. Met name initiatieven bij jonge mensen verdienen aandacht, beginnend in het onderwijs.
- Stigmareductie-interventies kunnen negatieve attitudes en overtuigingen over psychische problemen verminderen en het begrip en de acceptatie van mensen met psychische problemen bevorderen. Voorbeelden zijn antistigma campagnes, educatieve programma's en mediacampagnes.
- Interventies die beschermende factoren bevorderen, zijn gericht op het bevorderen van de ontwikkeling van beschermende factoren zoals sociale steun, positieve relaties en gezonde copingmechanismen, die mensen kunnen helpen om te gaan met stress en andere levensuitdagingen en het risico op psychische

- problemen kunnen verminderen. Voorbeelden zijn sociale vaardigheidstrainingen, relatie-opbouwende interventies en stressmanagementtechnieken.
- Risicoreductie: interventies gericht op het verminderen van het risico op psychische problemen door factoren aan te pakken die de kans op het ontwikkelen van psychische problemen vergroten. Voorbeelden zijn programma's voor het voorkomen van middelenmisbruik, vroege interventie bij trauma en zelfmoordpreventieprogramma's. Andere factoren zijn eenzaamheid, armoede, gezinsproblemen, huisvestingsproblemen en werkloosheid. Ook programma's gericht op negatieve effecten van social media zijn belangrijk.
 - Niet-medische vroege interventie: programma's gericht op het bieden van steun en interventie voor mensen die psychische problemen ervaren voordat er behoefte is aan intensievere medische interventies. Voorbeelden zijn eCommunities als psychosenet.nl en proud2bme.nl, '@ease' centra voor jongeren, peer-supportprogramma's, crisis hotlines en ondersteuningsdiensten in de samenleving zoals buurthuizen en kerken.
 - Interventies die zich richten op het opbouwen van een inclusieve en ondersteunende samenleving met cohesie en sociale veiligheid als kernwaarden. Voorbeelden zijn programma's die diversiteit, sociale steun, positieve groepservaringen en ontmoetingsplaatsen bevorderen waar mensen hun ervaringen, expertise en ondersteuning kunnen uitwisselen.

WELKE COMPONENTEN ZIJN BENODIGD VOOR GGZ-TRANSFORMATIE?

Van beperkte specialistische capaciteit naar onbeperkte capaciteit door taakverschuiving, vereenvoudiging van interventies, groepsbenaderingen en eCommunities


Taakverschuiving (task-shifting) is een concept in de public mental health dat inhoudt dat specifieke taken of verantwoordelijkheden worden gedelegeerd aan niet-gespecialiseerde zorgverleners of community workers. Dit gebeurt vaak in situaties waarin er een tekort is aan opgeleide ggz-professionals of waar de vraag naar diensten de capaciteit van het systeem overtreft. Taakverschuiving is effectief gebruikt in lage- en middeninkomenslanden om de toegang tot ggz in onderbediende gebieden te verbeteren⁷⁰ en is een van de manieren waarop hoge-inkomenslanden kunnen leren van strategieën ontwikkeld in lage- en middeninkomenslanden⁷¹.

Taakverschuiving in hoge-inkomenslanden is dringend noodzakelijk, gezien het fenomeen van de specialistische zorgparadox. Hierbij richten de meeste gespecialiseerde ggz-professionals zich voornamelijk op duidelijk gedefinieerde aandoeningen, geclassificeerd in de DSM-5R, terwijl de complexe, comorbide gevallen niet aan bod komen. Deze paradoxale situatie resulteert in specialisten die zich richten op minder complexe, gemiddelde gevallen, in plaats van hun

expertise in te zetten voor de zeer complexe, comorbide presentaties die het meest hun vaardigheden vereisen. Om de toewijzing van middelen en expertise te optimaliseren, is het essentieel om deze aanpak te herkalibreren, waardoor specialisten zich kunnen concentreren op de meest complexe problematiek.

In hoge-inkomenslanden hebben stijgende niveaus van psychische problemen bij jongeren geleid tot een verhoogde vraag naar ggz. Er is echter vaak een tekort aan opgeleide ggz-professionals zoals psychiaters en klinisch psychologen om aan deze vraag te voldoen. Taakverschuiving kan in deze context worden gebruikt om de capaciteit van de ggz te vergroten door specifieke taken te delegeren aan niet- of minder gespecialiseerde zorgverleners of community workers.

In de context van bijvoorbeeld behandeling voor jongeren met psychische problemen, kunnen bepaalde aspecten van de therapie worden gedelegeerd - onder supervisie - zoals psycho-educatie, vaardigheidstraining, psychotherapieën en medicijngebruik, aan niet- of minder gespecialiseerde zorgverleners. Dit kan de gespecialiseerde ggz-professionals vrijmaken om zich te concentreren op meer complexe problematiek, terwijl nog steeds



wordt gewaarborgd dat iedereen de juiste zorg en ondersteuning kan ontvangen. Ook werken in een groep kan in de context van taakverschuiving bijzonder effectief zijn, omdat niet- of minder gespecialiseerde zorgverleners kunnen worden opgeleid om groepstherapie sessies te geven onder supervisie van een ggz-professional.

Een ander belangrijk punt, dat hiermee samenhangt, betreft de complexiteit en timing van interventies in de ggz. De effectiviteit van verschillende therapeutische benaderingen, zoals de 250 verschillende psychotherapieën, is vrij uitgebreid bestudeerd en toont minimale verschillen tussen de verschillende benaderingen. Dit roept de vraag op welke componenten nodig zijn voor een succesvolle therapie en/of elementen kunnen worden verwijderd zonder therapeutische resultaten in gevaar te brengen. Het identificeren van deze minimale interventies is cruciaal voor het ontwikkelen van kosteneffectieve, gemakkelijk toegankelijke behandelingen die weinig tot geen input van hoogopgeleide ggz-professionals vereisen⁷². Met betrekking tot de timing suggereert onderzoek dat met name tijdige toegang cruciaal is en niet zozeer het hoogspecialistische gehalte ervan⁷³.

Groepsbenaderingen voor het leveren van therapieën in de ggz kunnen ook worden gebruikt om de capaciteit van het systeem aanzienlijk te vergroten. Er is overtuigend bewijs dat psychotherapie in groepen even effectief is als individuele psychotherapie voor de meerderheid van de hulpzoekenden⁷¹. Groepstherapie heeft veel voordelen. Het biedt cliënten de mogelijkheid om te leren - en ondersteuning te krijgen van anderen die soortgelijke ervaringen en uitdagingen doormaken. Dit kan gevoelens van isolatie verminderen en een gevoel van verbinding en begrip bevorderen. In een groepstherapie-omgeving is er een lager risico om afhankelijk te worden van een (dominante) therapeut, omdat de aandacht wordt verdeeld over meerdere cliënten. Dit bevordert meer gelijke en gezonde therapeutische relaties. Groepstherapie stelt cliënten in staat therapeutische relaties met elkaar aan te gaan, wat communicatie bevordert, wederzijdse feedback faciliteert, en doet samenwerken aan gemeenschappelijke doelen. Dit helpt om vaardigheden te ontwikkelen voor het opbouwen en onderhouden van gezonde relaties buiten de therapeutische omgeving. Tot slot biedt groepstherapie van nature een rijk palet aan ervaringskennis en toegang tot een herstelgericht leermodel, wat een aanvulling vormt op therapie gericht op symptoomreductie.

WELKE COMPONENTEN ZIJN BENODIGD VOOR GGZ-TRANSFORMATIE?

Onderzoek naar opkomende internetpraktijken laat zien dat veel elementen van herstelacademies/zelfregiecentra vertaald kunnen worden naar digitale platforms. Populaire eCommunities in Nederland, zoals psychosonet.nl en proud2bme.nl, die jaarlijks miljoenen bezoekers trekken, zijn in dit opzicht voorbeeldig. Ze bevatten essentiële aspecten van herstelacademies/zelfregiecentra zoals onderwijs, peer support, sociale betrokkenheid, werken aan demoralisatie, zelfmanagement en zelfexpressie⁷⁴⁻⁷⁵. Hun interactieve elementen omvatten functies zoals (groeps)chat, forums en online consulting. Naast deze basiselementen bieden eCommunities ook een nieuwe mogelijkheid voor de introductie en promotie van verschillende gratis eHealth en mHealth interventies. Gebruikers kunnen deze digitale oplossingen op hun gemak verkennen en ermee experimenteren. Een van de onderscheidende voordelen van het verspreiden van dergelijke digitale interventies binnen de context van eCommunities is het inherente ondersteuningssysteem dat het biedt. Leden van de community kunnen elkaar helpen bij het verkennen van deze digitale hulpmiddelen, ervaringen uitwisselen, begeleiding bieden bij het gebruik en advies geven over de mogelijke effectiviteit

van verschillende interventies voor verschillende situaties. Deze verkenning door gelijken kan een element van 'blended' eHealth en collectief leren bevorderen. Door deze functies te consolideren in een toegankelijk en inclusief online platform, staan eCommunities in de voorhoede van een publieke aanpak van geestelijke gezondheid die geografische en fysieke beperkingen overstijgt en zorgt voor een meer gedemocratiseerde toegang tot middelen en ondersteuning op het gebied van geestelijke gezondheid.

eHealth- en mHealth-oplossingen bootsen vaak traditionele kantoorinterventies na, die inzichten en vaardigheden beogen te bevorderen voor toepassing in het dagelijks leven. Maar vaak resulteren ze niet in een proces van "generalisatie" dat effectief is. Tegenwoordig echter kunnen psychosociale interventies worden uitgevoerd binnen de context van het dagelijks leven van mensen, zodat vaardigheidsontwikkeling direct kan worden geïntegreerd in situaties waar hulpzoekers moeilijkheden ervaren. mHealth apps op basis van Experience Sampling zijn een voorbeeld hiervan. Dit bevordert niet alleen het leren, maar maakt ook de creatie van therapeutische hulpmiddelen mogelijk die geen aanwezigheid van een therapeut vereisen, waardoor mensen autonoom en

veerkrachtig kunnen functioneren door middel van contextgevoelige aanwijzingen en ondersteuning.

Van een economisch gedreven gefragmenteerd systeem naar een op waarden gebaseerde, gecoördineerde benadering

In landen als Nederland is het ggz-systeem productie- en inkomensgedreven geworden in plaats van waardengedreven⁷⁶⁻⁷⁷. Dit betekent dat de focus is verschoven van het bieden van hoogwaardige zorg en het bevorderen van het welzijn van hulpvragers naar het maximaliseren van inkomsten en het minimaliseren van kosten. Deze verschuiving uit zich in een verhoogde nadruk op efficiëntie en productiviteit; verminderde focus op mensgerichte zorgbehandeling met een focus op gestandaardiseerde en onpersoonlijke behandelplannen, met weinig ruimte voor de individuele behoeften van de patiënt; overmatige afhankelijkheid van medicatie als de 'snelle en eenvoudige' oplossing voor psychische problemen; verminderde nadruk op preventie en niet-medische vroege interventie aangezien in een productiegestuurd systeem middelen wel kunnen worden toegewezen aan crisisinterventies maar niet aan preventie van crises; en verwaarlozing van sociale en milieu factoren. Een productie- en

inkomensgedreven ggz-systeem, in combinatie met een focus op biologische factoren, farmacologische interventies en manualised technische psychotherapieën, kan de waarden ondermijnen die essentieel zijn voor het bevorderen van het welzijn van mensen met psychische problemen². Om een meer waardengedreven systeem te creëren, moeten hulpverleners persoonsgerichte zorg, preventie en vroege interventie, en holistische benaderingen van geestelijke gezondheid prioriteren die rekening houden met de sociale, economische en milieufactoren die de ervaringen van mensen vormgeven.

Gedeelde waarden zoals menselijkheid, relationisme, authenticiteit, samenwerking, cocreatie, gelijkwaardigheid, inclusiviteit en gedeelde verantwoordelijkheid kunnen een cruciale rol spelen bij het creëren van een gecoördineerd zorgsysteem in een ggz die geschikt is voor het morele tijdperk van de geneeskunde⁷⁸. Een kernwaarde is samenwerking, hetgeen inhoudt dat men samenwerkt met anderen om een gemeenschappelijk doel te bereiken. In de ggz kan samenwerking tussen verschillende zorgverleners, organisaties en belanghebbenden helpen om lacunes in de zorg te overbruggen, de communicatie en coördinatie te verbeteren en een naadloos en geïntegreerd zorgsysteem te creëren. In een

WELKE COMPONENTEN ZIJN BENODIGD VOOR GGZ-TRANSFORMATIE?

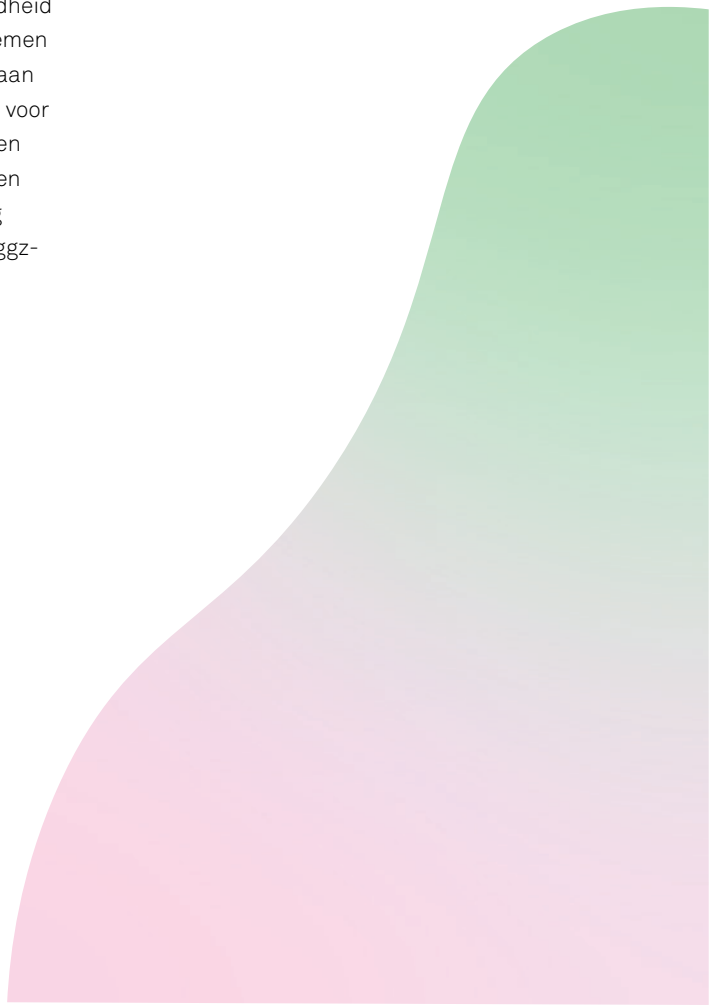
veld waarin multidisciplinaire benaderingen van het grootste belang zijn, is het essentieel om ondersteuning en expertise vanuit verschillende bronnen gelijktijdig te bieden, vooral voor de meest zieke mensen. Het betrekken van zorgpartners kan worden belemmerd als het leidt tot isolatie van andere belanghebbenden⁷⁹⁻⁸⁰. De basis van zorg in een ecosysteemontwerp moet daarom een verenigde, gelijktijdige samenwerking zijn, eerder dan een sequentiële.

Cocreatie is een proces van gezamenlijke en inclusieve besluitvorming dat meerdere belanghebbenden bijeenbrengt, waaronder mensen met doorleefde ervaring in psychische problemen en professionals in de ggz en het sociaal domein. Ze werken op gelijke voet samen om oplossingen te creëren die aan de behoeften van iedereen voldoen. Dit houdt in dat de unieke bijdragen en expertise van elke deelnemer in het ecosysteem worden erkend en gewaardeerd, en dat er ruimte wordt gecreëerd voor hun stemmen om gehoord te worden en voor hun ideeën om in overweging te worden genomen. Wanneer zorgverleners in de ggz de menselijkheid van hun hulpvragers prioriteren, zien ze hen als complete mensen met unieke behoeften, ervaringen en doelen⁸¹. Deze benadering kan vertrouwen, empathie en respect tussen hulpvragers en

zorgverleners bevorderen, wat kan leiden tot meer gepersonaliseerde en effectieve zorg.

Een relationele benadering van de ggz benadrukt het belang van het opbouwen van positieve relaties tussen hulpvragers, zorgverleners en andere belanghebbenden in het ggz-systeem. Authenticiteit houdt in dat men eerlijk, transparant en oprecht is in interacties met anderen. Wanneer zorgverleners in de ggz authenticiteit prioriteren, kunnen ze een gevoel van vertrouwen en wederzijds begrip met hun hulpvragers vestigen en een veilige en niet-oordelende omgeving creëren voor open communicatie en verkenning van psychische problemen. Gelijkaardigheid betreft het herkennen en aanpakken van de systemische barrières die personen met psychische problemen beletten toegang te krijgen tot kwaliteitszorg en ondersteuning, en respect heeft betrekking op het waarderen van de unieke ervaringen, perspectieven en identiteiten van alle mensen, en hen met waardigheid en empathie te behandelen. Inclusiviteit houdt in dat men diversiteit in al zijn vormen erkent en omarmt, inclusief verschillen in cultuur, taal, etniciteit, ras, geslacht, seksualiteit en capaciteit. Door inclusiviteit te prioriteren, kunnen zorgverleners in de ggz een meer verwelkomende en

toegankelijke omgeving creëren voor mensen met psychische problemen en een cultuur van acceptatie, begrip en viering van diversiteit bevorderen. Ten slotte betreft gedeelde verantwoordelijkheid het herkennen en erkennen van de rol die verschillende belanghebbenden spelen bij het ondersteunen van geestelijke gezondheid en welzijn, en gezamenlijk actie ondernemen om lacunes en barrières in het systeem aan te pakken. Door de verantwoordelijkheid voor de ggz te delen, kunnen belanghebbenden samenwerken om systemische problemen te identificeren en aan te pakken op weg naar een eerlijker en inclusiever ggz-systeem.



Voorbeelden van publieke geestelijke gezondheidsinitiatieven in geïndustrialiseerde landen

In geïndustrialiseerde landen zijn er verschillende openbare geestelijke gezondheidsinitiatieven ondernomen om mentaal welzijn te bevorderen, psychische problemen te voorkomen en zorg en ondersteuning te bieden aan de getroffen en, met ten minste enig bewijs van effectiviteit. Enkele van deze initiatieven zijn:

- **Mental Health First Aid (MHFA)** in Australië en de VS: Dit is een programma dat mensen traint om tekenen van psychische problemen bij anderen te herkennen en erop te reageren⁸².
- **Het “Friendship Bench” project:** Dit is een interventie op het gebied van de ggz die zijn oorsprong vindt in Zimbabwe en sindsdien op andere locaties is geïmplementeerd, waaronder New York City. De interventie maakt gebruik van community health workers die zijn opgeleid in probleemoplossende therapie en biedt ondersteuning aan mensen die te maken hebben met veelvoorkomende psychische problemen zoals angst en depressie. Deze gesprekken vinden meestal plaats op houten banken in openbare ruimtes, zoals parken en buurthuizen⁸³.
- **Het IJslandse model voor preventie van middelengebruik bij adolescenten:** Dit is een theoretisch onderbouwde,

evidencebased benadering van populatiepreventie van middelengebruik bij adolescenten die is ontstaan uit samenwerking tussen beleidsmakers, gedragswetenschappers, praktijkbeoefenaars en bewoners in IJsland. De interventie richt zich op het verminderen van bekende risicofactoren voor middelengebruik, terwijl een breed scala aan ouderlijke, schoolse en community beschermende factoren wordt versterkt⁸⁴.

- **Time to Change in het VK:** Een campagne gericht op het verminderen van stigma en discriminatie op het gebied van geestelijke gezondheid⁸⁵
- **Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) in het VK:** Een programma dat toegang biedt tot psychologische therapieën voor veelvoorkomende psychische problemen⁸⁶.
- **Het Australische Headspace-programma**⁸⁶. Headspace is een nationale jeugd-ggz initiatief in Australië. Het biedt vroege interventiediensten aan jongeren van 12 tot 25 jaar met opkomende psychische problemen of middelenmisbruik. Headspace heeft centra over het hele land waar jongeren toegang hebben tot psychologen, maatschappelijk werkers

en huisartsen. Het programma focust zich op vier kerngebieden: geestelijke gezondheid, fysieke gezondheid, werk en studie, en alcohol- en andere drugs.

- **De European Alliance Against Depression (EAAD):** Een netwerk van organisaties dat zich richt op het bestrijden van depressie en het voorkomen van suïcidaal gedrag door middel van gemeenschapsprogramma's⁸⁷.

Het integreren van aspecten van sociale zorg, ggz en community-based herstelinitiatieven is een essentieel element van publieke ggz in het bevorderen van mentaal welzijn en het ondersteunen van mensen met psychische problemen. Enkele bekende voorbeelden van dergelijke initiatieven in welvarende landen zijn:

- **Assertive Community Treatment (ACT) in the USA:** ACT is een multidisciplinaire, teamgerichte benadering die uitgebreide, geïntegreerde ondersteuning biedt in de gemeenschap voor mensen met ernstige psychische aandoeningen⁸⁸.
- **Het Recovery College-model in het VK:** Dit model richt zich op zelfmanagement, empowerment en sociale inclusie en integreert zorg- en herstelinitiatieven⁸⁹.

- **Partners in Recovery (PIR) in Australië:** PIR is een gecoördineerde geïntegreerde benadering die tot doel heeft mensen met ernstige en aanhoudende psychische aandoeningen, met complexe behoeften, te ondersteunen. Het bevordert de samenwerking tussen dienstverleners en promoot persoonlijke zorg⁹⁰.
- **Housing First in Canada:** Dit is een evidencebased aanpak om dakloosheid te beëindigen, met name voor mensen met psychische problemen. Het model geeft prioriteit aan het bieden van permanente huisvesting aan mensen die dakloos zijn, in een poging zorg- en herstelinitiatieven te integreren⁹¹.

Andere programma's die zich richten op meer persoonlijke en sociale aspecten van zorg en herstel zijn Peer-Supported Open Dialogue⁹²⁻⁹³, Wellness Recovery and Action Plan (WRAP)⁹⁴, Individual Placing and Support (IPS) dat zich richt op revalidatie in werk en onderwijs⁹⁵, en varianten van assertieve community treatment (ACT) zoals resource-group ACT en flexible-ACT⁹⁶.

Hoewel de hierboven genoemde voorbeelden van publieke initiatieven op het gebied van geestelijke gezondheid in geïndustrialiseerde landen opmerkelijk zijn en getuigen van een

VOORBEELDEN VAN PUBLIEKE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSINITIATIEVEN IN GEÏNDUSTRIALISEERDE LANDEN

oprechte toewijding aan het bevorderen van geestelijk welzijn en het bieden van ondersteuning, werd geen van deze initiatieven opgezet binnen het kader van een alomvattende hervormingsstrategie die alle verschillende facetten van de benodigde veranderingen in de ggz aanpakt. De beschreven programma's, hoewel potentieel effectief in hun lokale doelstellingen, vertegenwoordigen variabele pogingen om specifieke elementen van het bredere geestelijke gezondheidszorgprobleem aan te pakken. Of ze zich nu richten op eerste hulp bij psychische problemen, het verminderen van stigma's, toegang tot therapieën of ondersteuning vanuit de samenleving, geen van deze programma's omvat een holistische aanpak die zich tegelijkertijd richt op defragmentatie van diensten, preventie, vroegtijdige interventie, zorg, risicovermindering, groepsbenaderingen, een gecontextualiseerd model van geestelijke nood, herstel en peer support en maatschappelijke integratie. Een echte allesomvattende strategie zou een veelzijdige aanpak vereisen die al deze dimensies met elkaar verbindt en ervoor zorgt dat geen enkel aspect van de geestelijke gezondheidszorg over het hoofd wordt gezien. Een eerste poging hiertoe wordt hieronder beschreven in de vorm van het Ecosysteem Mentale Gezondheid.



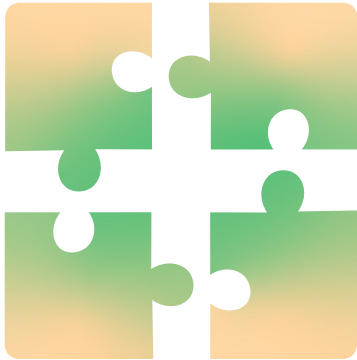
Hoe kan echte transformatie tot stand komen?

Introductie van het Ecosysteem Mentale Gezondheid social trial in Nederland

De complexiteit van de ggz en het gebrek aan een allesomvattend overzicht maken het moeilijk te bepalen hoe het systeem zou moeten of kunnen veranderen. De beste benadering daarom is om 'agile', actiegericht participatief onderzoek uit te voeren in verschillende regionale gebieden, gericht op transformatie, ondersteund door een nationale leergemeenschap om eventuele verdere implementatie te vergemakkelijken en voort te bouwen op eerdere initiatieven voor public mental health in andere landen met vergelijkbare zorgsystemen. In 2022 kwam een denktank bestaande uit vertegenwoordigers van zorgverzekeraars, hulpvragersorganisaties, gemeenten, zorgverleners en academici bijeen in een reeks van bijeenkomsten die resulteerde in de hoofdprincipes voor dit type actieonderzoek. Een projectoproep werd georganiseerd, gebaseerd op veranderingsmanagement en wetenschappelijke en herstelprincipes, gericht op het helpen transformeren van de ggz-sector en zijn regionale partners (sociale zorg, herstelacademies/zelfregiecentra, huisartsen, openbare gezondheidsdiensten, integratieve geneeskunde, informele zorg) naar een verbeterd Ecosysteem mentale gezondheid, afgekort als GEM⁹⁷. Regio's die geïnteresseerd waren in het opzetten van GEM konden een aanvraag indienen voor

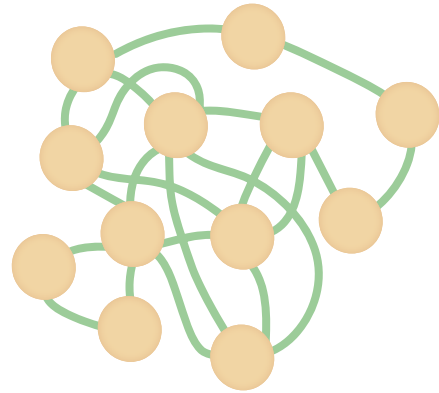
financiering. Dit resulteerde in een social trial actieonderzoek in een aantal regio's in Nederland, die momenteel gaande zijn. Het transformatieproces in deze social trial omvat een aantal "veranderateliers" en voert ook effectonderzoek uit.

Gezien de eerder beschreven componenten van transformatie naar een collaboratief systeem van public mental health, richt GEM zich op de volgende specifieke belangrijke uitdagingen en oplossingen in de Nederlandse gezondheidszorgsetting:



Uitdaging 1: Er is een fragmentatie van diensten tussen ggz, sociale zorg, herstelacademies, integratieve geneeskunde, informele zorg, huisartsenzorg, verslavingsdiensten, diensten voor mensen met een leerstoornis en jeugd-ggz/jeugdzorg.

GEM Aanpak: GEM brengt werkers uit sociale zorg, ggz, herstelacademies, integratieve geneeskunde en andere professionals samen (zonder organisaties samen te voegen) in een waardengedreven, de-medicaliserend lokaal ecosysteem. Voor de pilotprojecten is de schaal klein (10-15.000 inwoners) en lokaal om samenwerking te vergemakkelijken. De beleids- en waardenschaal is echter op het niveau van de hele gemeente (100.000-200.000). Kernwaarden zijn relaties, menselijkheid, gelijkwaardigheid, contextgerichte samenwerking en peersupport.



Uitdaging 2: Cliënten hebben een beperkte keuze in de ggz en krijgen een behandeling toegewezen op basis van een (gecentraliseerde) triage naar 'specialistische' diagnose en evidencebased richtlijnen die onvoldoende gericht zijn op sociale participatie en existentieel herstel en daarom onvoldoende inspelen op behoeften.

GEM Aanpak: Mensen kunnen kiezen waar in het ecosysteem ze willen beginnen met het aanpakken van hun problemen, of het nu gaat om een herstelacademie, een sociale interventie, een ggz-(groeps)interventie of een eCommunity, en kiezen tussen de elementen in het ecosysteem. Professionals worden daarentegen opgeleid om problemen op een holistische manier te beoordelen en oplossingen voor te stellen vanuit een breder perspectief.

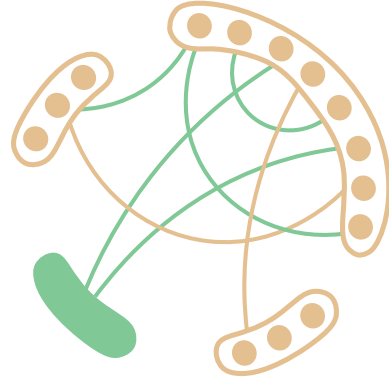
INTRODUCTIE VAN DE MENTAL HEALTH ECOSYSTEM SOCIAL TRIAL IN NEDERLAND



Uitdaging 3:

Het Nederlandse zorgstelsel is een mix van private en publieke componenten, waarbij basiszorgverzekering verplicht is voor alle inwoners en private verzekeraars deze plannen aanbieden met door de overheid gereguleerde dekking en prijsstelling. Het huidige systeem heeft echter geleid tot hoge kosten, complexiteit voor consumenten, ongelijkheid, administratieve lasten voor ggz-verleners en gemiste kansen voor preventie.

GEM Aanpak: Voor het slagen van GEM zijn beperkte veranderingen nodig op het gebied van zorginkoop en vergoeding. Actieve samenwerking binnen het lokale ecosysteem mentale gezondheid zou een voorwaarde moeten zijn voor zorginkoop, en er zijn flexibele vergoedingsregels nodig om de meer consultatieve aanpak van specialisten binnen het ecosysteem mogelijk te maken.



Uitdaging 4:

Psychische nood wordt onnodig naar een medisch-psychologische oplossing geleid vanwege de toenemende neiging om deze te bekijken door de lens van specialistische diagnose en behandelrichtlijn, ook al heeft het vaak sociale of existentiële oorzaken die verschillende benaderingen vereisen.

GEM Aanpak: In het ecosysteem mentale gezondheid wordt psychische nood altijd beschouwd binnen de context, met een focus op sociale en existentiële factoren. Dit voorkomt onnodige medicalisering van sociale en existentiële kwesties. Systematische dataverzameling rond het regionale exposoom (het geheel aan sociaal-maatschappelijke invloeden) van burgers en hulpvragers kan worden geïntegreerd in de werkzaamheden van de ggz. Bij de context hoort ook het netwerk van de hulpvrager, en de resource group die daaruit kan ontstaan. De resource group vormt onderdeel vanaf het allereerste begin van het contact met de betrokken hulpvrager.



Uitdaging 5: De jaarlijkse prevalentie van een diagnoseerbare psychische stoornis in Nederland is 25%³⁶, maar de Nederlandse ggz heeft 'slechts' capaciteit om jaarlijks 9% van de populatie te bedienen. Hierdoor is het systeem permanent overbelast en hebben mensen met ernstige problemen moeite met toegang tot de zorg.

GEM Aanpak: GEM vergroot de capaciteit voor sociale, medisch-psychologische en existentiële behandelingen op een kostenneutrale manier door: (i) meer dan 80% van alle behandelingen in groepen te bieden (in de ggz maar ook in het sociaal domein en bij de herstelacademies/zelfregiecentra), (ii) de beschikbaarheid van dynamische online eCommunities als psychosenet.nl en proud2bme.nl uit te breiden, en (iii) digitale hulpmiddelen publiek beschikbaar te stellen om autonome ontwikkeling van veerkracht te bevorderen met peers en de resource group van de betrokkenen.



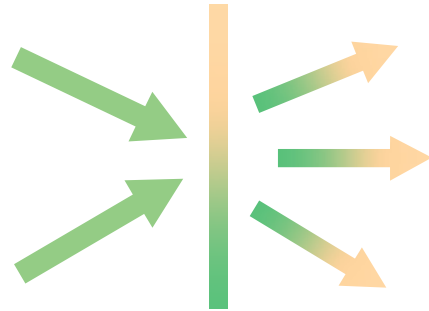
Uitdaging 6: Er is een sterke behoefte aan meer social holding en participatie voor mensen met niet-lineair gedrag die moeite hebben om zich staande te houden in de samenleving. Het betreft niet zelden een combinatie van verslaving, lvb, psychische en sociale problematiek.

GEM Aanpak: Versterkte samenwerking tussen sociale zorg, sociale ondernemers, herstelacademies/zelfregiecentra, ggz, verslavingszorg, zorg voor mensen met een verstandelijke beperking, en andere betrokkenen, gebruik makend van peer supported open dialogue, retraites en resource groepen, om meer social holding en participatie teweeg te brengen.



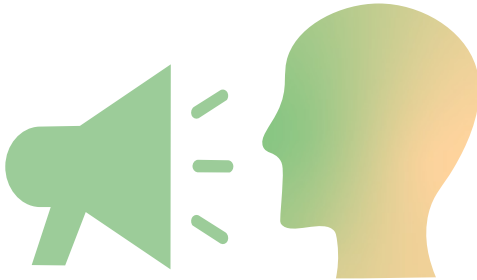
Uitdaging 7: Er is een grote vraag naar herstelacademies/zelfregiecentra waar mensen hulp krijgen bij demoralisatie en social defeat, en leergroepen kunnen bijwonen om hun leven vorm te geven ondanks psychische problemen.

GEM Aanpak: De inbreng van ervaringsdeskundigheid wordt verhoogd en geïntegreerd in een waardengedreven ecosysteem van samenwerking met sociale zorg en ggz.



Uitdaging 8: De ggz is geïsoleerd geraakt in specialistische zorgtrajecten, gericht op langdurige specialistische behandeling in plaats van in te spelen op de levensbehoeften van cliënten.

GEM Aanpak: Ggz-behandelingen zullen verschuiven van geïsoleerde specialistische symptoomreductietrajecten naar een flexibele, modulaire en consultatieve aanpak op aanvraag, die zich vooral richt op de behoefte van hulpvragers om hun leven vorm te geven en zich staande te houden in de samenleving.



Uitdaging 9: Er is behoefte aan publieke geestelijke gezondheid in de vorm van programma's gericht op risicoreductie, het bevorderen van weerbaarheid en mentale gezondheidsvaardigheden bij jongeren, inclusief het herkennen van mentale distress en hoe zelfmanagementbenaderingen te initiëren zoals het vormen van een hulpgroep en het vinden van de weg naar eCommunities en andere publieke programma's.

GEM Aanpak: Aangezien een publieke ggz, gericht op risicovermindering, het bevorderen van veerkracht en mentale gezondheidsvaardigheden in Nederland nog moet worden ontwikkeld, kan niet worden verwacht dat GEM, als een social trial op specifieke locaties, vanaf het begin een nationaal systeem van public mental health zal kunnen bieden, met uitzondering van de eCommunities, die een landelijke resource zijn. Hoewel het GEM initiatief

haar beperkingen erkent in het direct ontwikkelen van een nationale publieke mentale gezondheidsstrategie vanwege de lokale aard, is het vastbesloten om de weg vrij te maken voor bredere toepassingen. GEM is toegewijd aan het leggen van een solide basis die een bredere openbare geestelijke gezondheidsstrategie kan ondersteunen. Door actief in gesprek te gaan met beleidsmakers op het gebied van gezondheid probeert GEM ervoor te zorgen dat haar bevindingen en aanbevelingen worden geïntegreerd in het bredere kader van de gezondheidszorg. Dit zou een belangrijke stap zijn in de richting van een geharmoniseerde aanpak, waarbij zowel geestelijke gezondheidszorg op individueel niveau als openbare geestelijke gezondheidsinterventies, gericht op de community, naadloos aansluiten.

Een grafische samenvatting van de GEM-aanpak wordt gegeven in Fig. 2.

Fig. 2 GEM model van publieke ggz samenwerking, en de belangrijkste kwalitatieve veranderingen

De afbeelding toont de “veranderde” situatie die voortvloeit uit de gefragmenteerde staat van zorg in Fig. 1. Componenten van het ecosysteem hebben zich op basis van gedeelde waarden verbonden tot samenwerking in een openbaar geestelijk gezondheidssysteem. Componenten verbinden zich aan gedeelde waarden in het ecosysteem, gebaseerd op cocreatie van zorg met stakeholders en social holding voor kwetsbare mensen. Tegelijkertijd worden belangrijke kwalitatieve veranderingen geïntroduceerd die elk worden geïmplementeerd via een reeks veranderateliers waarin nieuwe praktijken worden gecreëerd op basis van de principes in de tekstvakken: flexibele keuze waar te beginnen in het ecosysteem; een focus op groepsgerichte benaderingen in de ggz en een focus op flexibele consultatie en 2e orde behandeling in het ecosysteem; een contextueel concept van psychische nood als uitgangspunt; een netwerk van herstelacademies/zelfregiecentra die het land bestrijken; een openbare resource van online eCommunities; integratie met complementaire en alternatieve benaderingen; en geïntegreerde samenwerking met sociale zorg, verslavingszorg en zorg voor mensen met een verstandelijke beperking.

Focus on salutogenesis and (demedicalised) mental health literacy

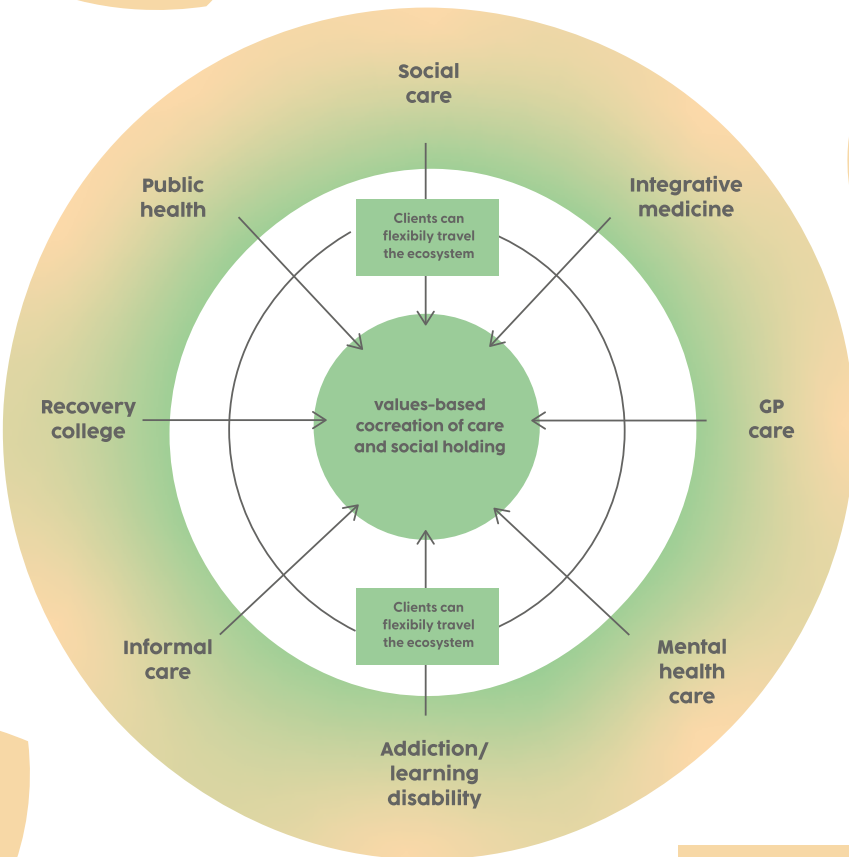
Increased capacity recovery colleges in a network covering the entire country

Increased capacity
online eCommunities
providing public mental
health

Social holding, social
participation, social
group treatments and
social salutogenesis-
integrated in ecosystem

increased access to
body-, experience-
and animal based
treatments

contextual view and
diagnostic analysis of
mental distress



*mostly group-based treatments;
*Flexible and improvisational
modular 'specialist' involvement in
the ecosystem, offering 2nd order
treatments;
* acknowledges the 'evidence-based'
approach of therapeutic relationship
and therapeutic ritual

GEM Veranderstrategie

De GEM-veranderstrategie is gebaseerd op eerdere ervaringen met hervorming in de ggz, evenals academische output over het implementeren van verandering^{1, 52, 99-105}.

GEM put uit het concept van transitiebeheer, een benadering om om te gaan met complexe maatschappelijke problemen en duurzame ontwikkeling te bevorderen volgens SDG principes (sustainable development goals). Volgens dit model vereist transformatie langetermijn strategisch denken, geïntegreerd beleid en een meer participatieve, multi-actor benadering¹⁰⁵.

GEM werkt dus met verschillende componenten van transitiebeheer en presenteert het als een potentieel kader voor het begeleiden van lokale transformatie van de ggz.

De GEM-regio's beginnen met een reeks bijeenkomsten met alle beoogde partners binnen het regionale ecosysteem. Deze bijeenkomsten bevorderen discussies gericht op de kernwaarden van het ecosysteem en de toewijding om daarmee te werken. Dit legt de basis voor een 'Bindend Reisprogramma', dat het ontwerp van veranderateliers omvat voor elk van de eerder besproken uitdagingen. De workshops bevorderen samenwerking tussen mensen met doorleefde ervaring, vrijwilligers en professionals uit het gehele spectrum van gezondheidszorg, welzijn en burgerschap. Veranderateliers zijn essentieel

voor de eerste fase van het transitieproces in GEM-regio's.

Voortbouwend op theorie en best practices in transities en systeeminnovatie¹⁰⁵, is het veranderatelierprogramma gestructureerd in een aantal stappen. Uitdagingen (1) en (2) richten zich op leiders (bijv. managers, teamleiders, directeuren) van de lokale coalitie, en uitdaging (3) betreft lokale en nationale partijen, waaronder verzekeraars en verschillende gezondheidsautoriteiten. Vervolgens zijn er 'ontwerpworkshops' (stappen 4 tot 8) die bestaan uit vijf iteratieve fasen uitgevoerd over meerdere sessies:

- In dialoog gaan over de onderliggende waarden van de veranderateliers als netwerkteam, het bevorderen van "bewuste incompetentie" en het afbakenen van de gedeelde leerervaring op basis van dit inzicht;
- Als team systematisch lokale (of nationale) best practices, voorbeelden of instrumenten extraheren die aansluiten bij de geïdentificeerde waarden om de eerste versie van een experiment te ontwikkelen;
- Deelnemers vormen een implementatieteam en starten het eerste experiment;
- Ervaring opdoen door het experiment en manieren voorstellen om het te

- integreren in het ecosysteem;
- Deelnemers verzamelen ervaringen en bedenken een plan voor de volgende fase, inclusief organisatorische randvoorwaarden en succesindicatoren.

Elke workshop wordt geleid door een lokale eigenaar, een nationale 'expert', en het GEM-team dat fungeert als facilitators.

Na voltooiing van de veranderatelier-cyclus genereert elk atelier een voorstel. Collectief schetsen deze voorstellen de

voorwaarden voor de eerste iteratie van het lokale ggz ecosysteem. De "besluitvormers" van het ecosysteem krijgen vervolgens de taak deze overgang te faciliteren, erkennend dat het niet gaat om een project dat naast het bestaande systeem werkt of een verbetering van de huidige staat ("betere samenwerking"). In plaats daarvan vertegenwoordigt het de eerste stap naar een nieuw systeem, wat verschuivingen vereist en het uiteindelijke uitfasen van het oude systeem¹⁰⁵ (Fig. 3).

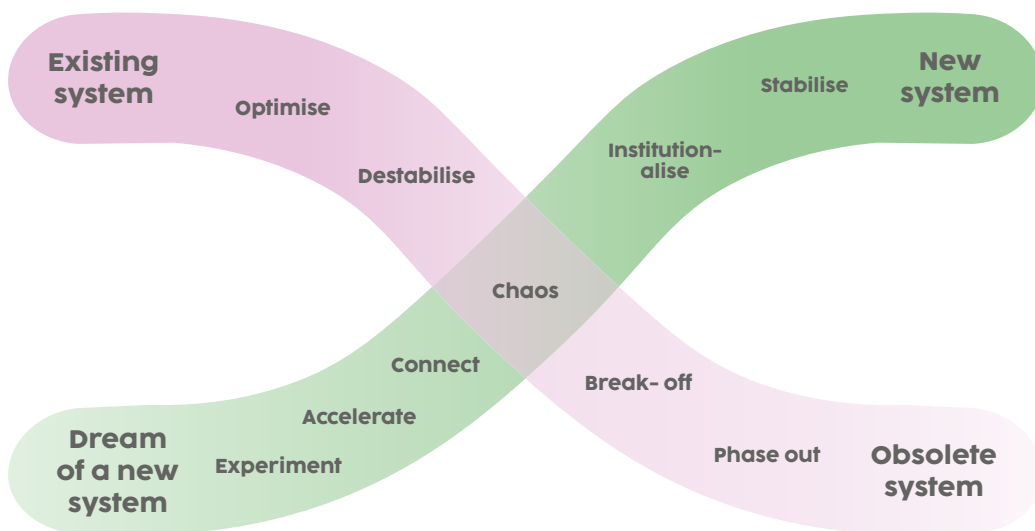


Fig. 3. Veranderstrategie in regio's van het GEM social trial pilotproject.

GEM onderzoeks- en monitorings-instrument

De evaluatie van ggz-systemen heeft zich traditioneel veelal gericht op individuele uitkomsten van symptoomreductie, zoals symptoomernst, verbeteringspercentages en remissie. Hoewel deze individuele maten waardevolle inzichten geven in de effectiviteit van interventies, kunnen ze de algehele kwaliteit van een ggz-systeem niet adequaat vastleggen. In deze sectie beargumenteren we dat een populatiegerichte benadering, die patronen van gezondheidszorggebruik in kleine gebieden analyseert, een complementair en uitgebreider inzicht biedt in de kwaliteit van de ggz. Een dergelijke populatiegerichte benadering omvat een breed scala aan indicatoren gerelateerd aan het gebruik van ggz op populatieniveau, alsmede de sociale voorspellers en klinische uitkomsten daarvan, en is afgestemd op de SDG doelen voor duurzame ontwikkeling¹⁰⁶. Deze indicatoren zijn onder andere:

- Patronen van gezondheidszorggebruik in kleine gebieden: Hierbij wordt gekeken naar verplichte opnames, ziekenhuisopnamepercentages, heropnamepercentages, 'draaideur'-opnames, zorguitval, zorgcontinuïteit, medicijngebruik, psychotherapiegebruik, somatisch gezondheidszorggebruik en sociaal zorggebruik.
- Sociale voorspellers: Door de relatie te analyseren tussen het verbruik van ggz en PC4-niveau sociaal-economische achterstand (PC4 is het viercijferig postcodegebied), in combinatie met demografische voorspellers en gezondheidsindicatoren, waaronder medisch ziekteverzuim en schoolverzuim, kan worden beoordeeld of het niveau van de uitgaven voor ggz passend is voor de betreffende bevolking.
- Samenhang met sociale zorg en jeugd ggz: Het evalueren van de mate waarin het gebruik van ggz in kleine gebieden samenhangt met sociale zorg en jeugd ggz, en coherent samenhangt met sociaaldemografische voorspellers van zorg, helpt te monitoren en waarborgen dat middelen geïntegreerd worden ingezet.
- Diagnostische groepsanalyse: Het onderzoeken van parameters in kleine gebieden voor verschillende (trans) diagnostische groepen, met name ernstige psychische aandoeningen, verslaving en veelvoorkomende psychische aandoeningen, helpt te bepalen of er een goede balans is in de uitgaven en of er geen groepen worden uitgesloten.

- Klinische uitkomsten: Het onderzoeken van klinische uitkomsten in kleine gebieden, zoals het aantal suicides, behandeling vanwege zelfbeschadiging, het gebruik van psychofarmaca in de bevolking, het niveau van diabetes en andere somatische complicaties van chronisch gebruik van psychofarmaca, de werkgelegenheid van psychiatrische hulpvragers, bezoek aan herstelacademies/zelfregiecentra, de mate van dakloosheid en de mate van dwangmaatregelen in de ggz, biedt een holistisch beeld van de kwaliteit van de ggz. identificeren, middelen effectiever toe te wijzen en uiteindelijk de kwaliteit van de zorg voor personen met psychische aandoeningen te verbeteren (Fig. 4).

Een populatiegerichte benadering van de evaluatie van ggz pakt dus de beperkingen aan van het uitsluitend gericht zijn op individuele pre/post-symptoomreductie uitkomsten. De impact van een optimaal zorgsysteem raakt de gezondheid van de gemeenschap¹⁰⁷. Door een breder scala aan indicatoren te onderzoeken en deze als benchmarks te gebruiken, biedt deze benadering een uitgebreider begrip van de algehele kwaliteit van de ggz, waaronder toegang, gebruik, gelijkwaardigheid en klinische uitkomsten op het niveau van een specifiek verzorgingsgebied. Bovendien stelt het onderzoekers en beleidsmakers in staat lacunes in de dienstverlening te



Mental health cost per inhabitant

Fig.4 Benchmarking van indicatoren voor ggz op het niveau van kleine gebieden (4-cijferige postcode; gemeentegrenzen in groen) met behulp van nationale gegevens 2015-2020. Zes populatie-indicatoren voor kleine gebieden worden getoond die samen kunnen worden gebruikt om te informeren over een populatiegericht kwaliteitsaspect van de zorg. Bijvoorbeeld in de noordwestelijke regio van Nederland is de uitgave voor geestelijke gezondheid per inwoner gemiddeld, terwijl de uitgave per patiënt hoog is, de jaarlijkse behandelde prevalentie laag en het deel van de uitgave dat wordt besteed aan zorg voor ernstige psychische aandoeningen hoog. Bovendien werd een relatief groot deel van de zorg geleverd via de minder kostbare basis ggz en een relatief klein deel via de duurdere specialistische ggz. Dit geeft aanwijzingen dat de regio een 'verantwoord' model heeft aangenomen gericht op ernstige psychische aandoeningen (SMI).



Mental health expenditure per patient



Treated prevalence mental disorder



Fraction expenditure for SMI



Fraction 'basic' mental health care



Fraction 'specialist' mental health care

Conclusie

De huidige stand van de ggz in Nederland en andere welvarende landen kent tal van uitdagingen, waaronder fragmentatie, ongelijke toegankelijkheid en een enge focus op individuele symptoomreductie. Om deze uitdagingen aan te pakken, is een collectieve en geïntegreerde benadering van ggz nodig die uitgaat van de bredere sociale, culturele en existentiële context van psychisch lijden, en de netwerken waar de persoon onderdeel van is. GEM is een sociaal experiment dat zo'n benadering beoogt, gericht op het versterken van de positie van hulpvragers en het bevorderen van samenwerking tussen verschillende zorgverleners, sociale zorgorganisaties, peer-support organisaties en bronnen van informele hulp. GEM zal worden geëvalueerd met een populatiegerichte benadering die een breed scala aan indicatoren omvat die gerelateerd zijn aan het gebruik van ggz, alsmede de sociale voorspellers en klinische uitkomsten daarvan. Uiteindelijk moet natuurlijk het oordeel over de kwaliteit van de dienst worden geëvalueerd door burgers. De voorgestelde benadering biedt een uitgebreider begrip van kwaliteit van ggz, waaronder toegang, gebruik, gelijkwaardigheid en klinische uitkomsten. Door een breder scala aan indicatoren te onderzoeken, stelt deze aanpak onderzoekers, beleidsmakers en burgers in

staat om lacunes in de dienstverlening te identificeren, middelen effectiever toe te wijzen en uiteindelijk de kwaliteit van de zorg voor mensen met psychische hulpvragen te verbeteren.

Het succes van GEM zal sterk afhangen van de betrokkenheid van stakeholders, waaronder hulpvragers, professionals in de ggz, sociale zorgverleners, gemeenten, peer-support organisaties en andere relevante organisaties. Cocreatie en samenwerking tussen deze stakeholders zal essentieel zijn om een geïntegreerde en uitgebreide aanpak van ggz op te zetten die inspeelt op de diverse behoeften van de Nederlandse bevolking.

Het potentieel van digitale platforms zoals psychosenet.nl en proud2bme.nl om traditionele ggz aan te vullen en de openbare geestelijke gezondheid in Nederland te verbeteren, kan niet worden onderschat. Als herstelgerichte eCommunities bieden deze platforms toegankelijke online ondersteuning voor mensen die te maken hebben met psychose of eetaandoeningen en bieden ze een schat aan informatie, zelfhulpmiddelen en mogelijkheden om contact te maken met peers en professionals. Bovendien bevorderen ze een gevoel van saamhorigheid en sociale steun, terwijl ze het stigma en

CONCLUSIE

de isolatie die vaak gepaard gaan met psychische problemen, doorbreken. GEM richt zich op de transformatie van zorg en ondersteuning in Nederland. Als gevolg hiervan valt de bredere verandering in de samenleving, die ook nodig is, buiten het bestek van dit artikel. Toekomstig onderzoek zou zich daarom ook moeten richten op de socioculturele aspecten van gezondheid en hoe de overheid bijdraagt aan een samenleving waarin menselijke waarden gericht op kwaliteit van leven en duurzaamheid minstens zo belangrijk zijn in het beleid als economische waarden gericht op groei en winst.

Het transformeren van het ggz-systeem naar een waardengedreven ecosysteem, geworteld in duurzame ontwikkelingsdoelen, kan mogelijk helpen de huidige trend van personeelstekorten en professionals die het financieel- en efficiëntiegedreven ggz-systeem verlaten, om te keren. Door zich te richten op een meer holistische benadering die hulpvragers machtigt, samenwerking bevordert en gebruik maakt van natuurlijk beschikbare bronnen in de gemeenschap, kan het ggz-systeem aantrekkelijker worden voor huidig en toekomstig personeel. Het benadrukken van gedeelde waarden en duurzame ontwikkelingsdoelen binnen het ecosysteem bevordert betrokkenheid bij

professionals, wat positief kan bijdragen aan werktevredenheid en retentie. Bovendien biedt een flexibelere, modulaire en collaboratieve aanpak professionals de mogelijkheid om overal binnen het ecosysteem te werken, hetgeen de werksatisfactie positief kan beïnvloeden. Verder zal de integratie van digitale platforms, de focus op het werken in groepen en de uitbreiding van herstelacademies/ zelfregiecentra de capaciteit en toegankelijkheid van het systeem vergroten, wat mogelijk meer personeel aantrekt om in de ggz-sector te gaan werken.

Samenvattend staat het Nederlandse ggz-systeem, net als in veel welvarende landen, voor een reeks uitdagingen die bijdragen aan fragmentatie en ongelijkheden in toegang en kwaliteit van zorg. Door een sociaal experiment te omarmen dat een holistische, collaboratieve en mensgerichte benadering uitprobeert, en door digitale platforms te gebruiken om de openbare geestelijke gezondheid te verbeteren, kan het Nederlandse ggz-systeem onderzoeken hoe deze uitdagingen kunnen worden overwonnen en een meer rechtvaardige, toegankelijke en hoogwaardige zorg aan mensen kan worden geboden.

REFERENTIES

1. Van Os J and Neeleman J. Caring for mentally ill people. *BMJ* 1994; 309: 1218-1221.
2. Scull A. American psychiatry in the new millennium: a critical appraisal. *Psychol Med* 2021; 1-9. 2021/06/24. DOI: 10.1017/S0033291721001975.
3. Schizophrenia Commission. The Abandoned Illness. Report by the Schizophrenia Commission. London: Rethink, 2012.
4. Vigo D. Dawn of a new day for mental health systems. *Int J Ment Health Syst* 2021; 15: 49. 20210526. DOI: 10.1186/s13033-021-00475-x.
5. Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport. Integraal Zorgakkoord: Samen werken aan gezonde zorg 2022. Internet: Rijksoverheid Retrieved from <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2022/09/16/integraal-zorgakkoord-samen-werken-aan-gezonde-zorg>.
6. De Onderzoeksraad voor Veiligheid. Zorg voor veiligheid. Veiligheid van mensen met een ernstige psychische aandoening en hun omgeving. 2019. Den Haag.
7. Raad voor Volksgezondheid en Samenleving. Zonder context geen bewijs. Over de illusie van evidence-based practice in de zorg. 2017. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Samenleving.
8. van Os J and Delespaul PH. A valid quality system for mental health care: from accountability and control in institutionalised settings to co-creation in small areas and a focus on community vital signs. *Tijdschr Psychiatr* 2018; 60: 96-104. 2018/02/14.
9. van Os J, Guloksuz S, Vijn TW, et al. The evidence-based group-level symptom-reduction model as the organizing principle for mental health care: time for change? *World Psychiatry* 2019; 18: 88-96. 2019/01/03. DOI: 10.1002/wps.20609.
10. Algemene Rekenkamer. Bekostiging van de curatieve ggz. 2017. Den Haag: Algemene Rekenkamer.
11. Algemene Rekenkamer. Geen plek voor grote problemen: Aanpak van wachttijden in de specialistische ggz. 2020. Den Haag: Algemene Rekenkamer.
12. Inspectie Volksgezondheid en Jeugd and NZA. Toezicht op regionale aanpak wachttijden ggz: resultaten verkenning mei-juli 2021. 2021. Den Haag: Inspectie Volksgezondheid en Jeugd.
13. Snoey E. Kosten ggz rijzen de pan uit door Marktwerking. *Abvakabo FNV*. 2011.
14. Burgess-Barr S, Nicholas E, Venus B, et al. International rates of receipt of psychological therapy for psychosis and schizophrenia: systematic review and meta-analysis. *Int J Ment Health Syst* 2023; 17: 8. 20230331. DOI: 10.1186/s13033-023-00576-9.
15. Ggz Nederland. Het roer moet om: Onderzoek naar de administratieve lasten in de geestelijke gezondheidszorg. 2017. Amersfoort: Ggz Nederland.
16. Ministerie van VWS. Discussienota Zorglandschap ggz. 2021. Den Haag: Ministerie van VWS.
17. Rooijen S, Knispel A, van Hoof F, et al. Samenwerking ggz en sociaal domein voor mensen met ernstige psychische aandoeningen. Verkenning van praktijkvoorbeelden. 2016. Utrecht: Trimbos Instituut.
18. Bouman J, Kroon H and van der Hoek B. Ggz uit de knel. Verkenning van mogelijkheden en valkuilen van het actuele hervormingsnarratief. 2023. Utrecht: Dutch Institute of Mental Health Care.
19. Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport. Kader Passende Zorg. 2022. Internet: Rijksoverheid Retrieved from <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2022/06/28/kader-passende-zorg>.
20. Eurelings LSM and van Os J. [Medicalisation and inappropriate care within the Netherlands mental health system: the role of disorder-focused thinking and reimbursement]. *Ned Tijdschr Geneesk* 2018; 162 2018/12/21.
21. Taskforce Juiste Zorg op de Juiste Plek. De juiste zorg op de juiste plek. 2018. Den Haag: Ministerie van VWS.
22. Delespaul PH and de consensusgroep EPA. [Consensus regarding the definition of persons with severe mental illness and the number of such persons in the Netherlands]. *Tijdschr Psychiatr* 2013; 55: 427-438. 2013/07/19.
23. Ten Doesschate RJA and Hodiament PPG. Mental health in The Netherlands. *International Psychiatry* 2007; 4: 39-41. 2018/01/02. DOI: 10.1192/S1749367600001776.
24. Kroneman M, Boerma W, van den Berg M, et al. Netherlands: Health System Review. *Health Syst Transit* 2016; 18: 1-240.
25. van Ginneken E, Groenewegen PP and McKee M. Personal healthcare budgets: what can England learn from the Netherlands? *BMJ* 2012; 344: e1383. 20120306. DOI: 10.1136/bmj.e1383.
26. van Os, J. An analysis of the degree of unexplained small-area variation in costs of mental health care: towards a model of evidence-based commissioning of care? *Tijdschr Psychiatr* 2019, 61 (9), 617-625.
27. van Os, J. To what degree is the strong social gradient of mental health care accompanied by a uniformly consistent association between mental health care and social care? *Tijdschrift voor Psychiatrie* 2022, 64, 366-376.

28. Bor W, Dean AJ, Najman J, et al. Are child and adolescent mental health problems increasing in the 21st century? A systematic review. *Aust N Z J Psychiatry* 2014; 48: 606-616. 20140514. DOI: 10.1177/0004867414533834.
29. Verboom CE, Sijtsema JJ, Verhulst FC, et al. Longitudinal associations between depressive problems, academic performance, and social functioning in adolescent boys and girls. *Dev Psychol* 2014; 50: 247-257. 20130408. DOI: 10.1037/a0032547.
30. Nelson B. Prevention in mental health care: Time for a new approach. *Early Interv Psychiatry*. © 2017 The Authors Early Intervention in Psychiatry Published by John Wiley & Sons Australia, Ltd., 2018, pp.522.
31. Smit D and van Os J. [Will science follow the changing dynamics in the mental health care practice?]. *Tijdschr Psychiatr* 2022; 64: 692-695.
32. Thornicroft G. *Shunned: Discrimination against people with mental illness*. Oxford: Oxford University Press, 2007.
33. Patel V, Saxena S, Lund C, et al. The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *Lancet* 2018; 392: 1553-1598. 20181009. DOI: 10.1016/S0140-6736(18)31612-X.
34. World Health Organization. *Mental health: new understanding, new hope*. Geneva: World Health Organisation.
35. A. RG and G. R. *Rose's strategy of preventive medicine (Updated)* Oxford: Oxford University Press, 2008.
36. Ten Have M, Tuithof M, van Dorsselaer S, et al. The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-3 (NEMESIS-3): Objectives, methods and baseline characteristics of the sample. *Int J Methods Psychiatr Res* 2023; 32: e1942. 20220902. DOI: 10.1002/mpr.1942.
37. Ridley M, Rao G, Schilbach F, et al. Poverty, depression, and anxiety: Causal evidence and mechanisms. *Science* 2020; 370 2020/12/12. DOI: 10.1126/science.aay0214.
38. van Os J, Kenis G and Rutten BP. The environment and schizophrenia. *Nature* 2010; 468: 203-212. 2010/11/12. DOI: nature09563 [pii] 0.1038/nature09563.
39. Wahlbeck K. Public mental health: the time is ripe for translation of evidence into practice. *World Psychiatry* 2015; 14: 36-42. DOI: 10.1002/wps.20178.
40. Wilkinson RG and Pickett KG. *The spirit level : why equality is better for everyone*. Rev. with a new postscript ed. London: Penguin Books, 2010.
41. Wilkinson RG and Pickett K. *The inner level : how more equal societies reduce stress, restore sanity and improve everybody's wellbeing*. London: Allen Lane, an imprint of Penguin Books, 2018.
42. Wasserman D, Arango C, Fiorillo A, et al. Pushing forward public mental health agenda and promotion of mental health. *World Psychiatry* 2023; 22: 170-171. DOI: 10.1002/wps.21052.
43. National Institute for Health and Welfare. *Youth in Iceland*. 2016. Retrieved from <https://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item47836/Youth%20in%20Iceland%202015.pdf>: National Institute for Health and Welfare.
44. Sigfusdottir ID, Kristjansson AL, Gudmundsdottir ML, et al. Substance use prevention through school and community-based health promotion: a transdisciplinary approach from Iceland. *Glob Health Promot* 2011; 18: 23-26. DOI: 10.1177/1757975911412403.
45. Riedel-Heller SG, Reininghaus U and Schomerus G. [Public mental health: Core component or side issue of public health?]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2023; 1-7. 20230303. DOI: 10.1007/s00103-023-03670-y.
46. Wallcraft J, Read J and Sweeney A. On the inside looking in: Using lived experience to influence mental health policy and practice. *Int J Ment Health Nurs* 2016; 25: 434-438. DOI: doi: 10.1111/inm.12260.
47. Rose D, Thornicroft G, Pinfold V, et al. 250 labels used to stigmatise people with mental illness. *BMC Health Serv Res* 2007; 7: 97. 2007/06/30. DOI: 1472-6963-7-97 [pii] 10.1186/1472-6963-7-97.
48. Thornicroft G and Tansella M. Growing recognition of the importance of service user involvement in mental health service planning and evaluation. *Epidemiol Psychiatr Soc* 2005; 14: 1-3. DOI: 10.1017/s1121189x0001858.
49. Slade M and Longden E. Empirical evidence about recovery and mental health. *BMC Psychiatry* 2015; 15: 285. DOI: 10.1186/s12888-015-0678-4.
50. Faulkner A and Thomas P. User-led research and evidence-based medicine. *The British Journal of Psychiatry* 2002; 180: 1-3. 2018/01/02. DOI: 10.1192/bjp.180.1.1.
51. Repper J and Perkins R. *Social Inclusion and Recovery: A Model for Mental Health Practice*. London: Bailliere Tindall, 2013.
52. Slade M, Amering M, Farkas M, et al. Uses and abuses of recovery: implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *World Psychiatry* 2014; 13: 12-20. DOI: 10.1002/wps.20084.
53. Toney R, Elton D, Munday E, et al. Mechanisms of Action and Outcomes for Students in Recovery Colleges. *Psychiatr Serv* 2018; 69: 1222-1229. 20180917. DOI: 10.1176/appi.ps.201800283.
54. Meddings SM, Jane, Roeg, Waldo, Shepherd, Geoff.

REFERENTIES

- Recovery colleges: quality and outcomes *Mental Health and Social Inclusion* 2015; 19: 212-221.
55. Boevink W, Kroon H, van Vugt M, et al. A user-developed, user run recovery programme for people with severe mental illness: A randomised control trial. *Psychosis* 2016; 8: 287-300. DOI: 10.1080/17522439.2016.1172335.
56. Hayes D, Camacho EM, Ronaldson A, et al. Evidence-based Recovery Colleges: developing a typology based on organisational characteristics, fidelity and funding. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2023; 1-10. DOI: 10.1007/s00127-023-02452-w.
57. Pincus HA, Spaeth-Ruble B, Sara G, et al. A review of mental health recovery programs in selected industrialized countries. *Int J Ment Health Syst* 2016; 10: 73. DOI: 10.1186/s13033-016-0104-4.
58. Piat M, Wainwright M, Rivest MP, et al. The impacts of implementing recovery innovations: a conceptual framework grounded in qualitative research. *Int J Ment Health Syst* 2022; 16: 49. DOI: 10.1186/s13033-022-00559-2.
59. Frieden TR. A framework for public health action: the health impact pyramid. *Am J Public Health* 2010; 100: 590-595. DOI: 10.2105/ajph.2009.185652.
60. Rose G. Sick individuals and sick populations. *Int J Epidemiol* 1985; 14: 32-38. DOI: 10.1093/ije/14.1.32.
61. Watters E. *Crazy like us*. London: Robinson, 2011.
62. van Os J and Guloksuz S. A critique of the "ultra-high risk" and "transition" paradigm. *World Psychiatry* 2017; 16: 200-206. DOI: 10.1002/wps.20423.
63. Guloksuz S, Pries LK, Ten Have M, et al. Association of preceding psychosis risk states and non-psychotic mental disorders with incidence of clinical psychosis in the general population: a prospective study in the NEMESIS-2 cohort. *World Psychiatry* 2020; 19: 199-205. DOI: 10.1002/wps.20755.
64. Bracken P, Thomas P, Timimi S, et al. Psychiatry beyond the current paradigm. *Br J Psychiatry* 2012; 201: 430-434. DOI: 10.1192/bjp.bp.112.109447.
65. Braslow JT, Brekke JS and Levenson J. Psychiatry's Myopia-Reclaiming the Social, Cultural, and Psychological in the Psychiatric Gaze. *JAMA psychiatry* 2020 2020/09/10. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2020.2722.
66. Gardner C and Kleinman A. Medicine and the Mind - The Consequences of Psychiatry's Identity Crisis. *N Engl J Med* 2019; 381: 1697-1699. DOI: 10.1056/NEJMp1910603.
67. de Ridder B and van der Hulst B. Disorderism: What it is and why it is a problem. *Tijdschr Psychiatr* 2023; 65: 163-166.
68. Van Os J. *De DSM-5 voorbij: persoonlijke diagnose in een nieuwe ggz*. Leusden: Diagnosis Publishers, 2014.
69. Friston K. A theory of cortical responses. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci* 2005; 360: 815-836. DOI: 10.1098/rstb.2005.1622.
70. Hoefl TJ, Fortney JC, Patel V, et al. Task-Sharing Approaches to Improve Mental Health Care in Rural and Other Low-Resource Settings: A Systematic Review. *J Rural Health* 2018; 34: 48-62. DOI: 10.1111/jrh.12229.
71. Patel V and Hanlon C. *Where there is no psychiatrist : a mental health care manual*. Second edition ed. London: RCPsych Publications is an imprint of the Royal College of Psychiatrists, 2017.
72. Cuijpers P. The Dodo Bird and the need for scalable interventions in global mental health—A commentary on the 25th anniversary of Wampold et al. (1997). *Psychotherapy Research* 2022; 1-3. DOI: 10.1080/10503307.2022.2138792.
73. Skinner A, Occhipinti JA, Prodan A, et al. Bi-stability and critical transitions in mental health care systems: a model-based analysis. *Int J Ment Health Syst* 2023; 17: 5. DOI: 10.1186/s13033-023-00573-y.
74. Kelkboom A, Marsman A, Roorda G, et al. [Public mental health and the rise of eCommunities: a case study of PsychosisNet.nl]. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 2021; 63: 56-63. DOI: 10.1002/wps.20423.
75. Aardoom JJ, Dingemans AE, Boogaard LH, et al. Internet and patient empowerment in individuals with symptoms of an eating disorder: a cross-sectional investigation of a pro-recovery focused e-community. *Eat Behav* 2014; 15: 350-356. DOI: 10.1016/j.eatbeh.2014.04.003.
76. Saini V, Garcia-Armesto S, Klemperer D, et al. Drivers of poor medical care. *Lancet* 2017; 390: 178-190. DOI: 10.1016/s0140-6736(16)30947-3.
77. Van Sambeek N, Tonkens E and Bröer C. Sluipend kwaliteitsverlies in de geestelijke gezondheidszorg. Professionals over de gevolgen van marktwerking. *Beleid en Maatschappij* 2011; 38: 47-64.
78. Berwick DM. Era 3 for Medicine and Health Care. *JAMA* 2016; 315: 1329-1330. DOI: 10.1001/jama.2016.1509.
79. Lyer SN, Pope M, Taksal A, et al. Whose responsibility? Part 1 of 2: A scale to assess how stakeholders apportion responsibilities for addressing the needs of persons with mental health problems. *Int J Ment Health Syst* 2022; 16:

1. 20220110. DOI: 10.1186/s13033-021-00510-x.
80. Lyer SN, Malla A, Pope M, et al. Whose responsibility? Part 2 of 2: views of patients, families, and clinicians about responsibilities for addressing the needs of persons with mental health problems in Chennai, India and Montreal, Canada. *Int J Ment Health Syst* 2022; 16: 2. 20220110. DOI: 10.1186/s13033-021-00511-w.
 81. Scheepers F. Mensen zijn ingewikkeld : een pleidooi voor acceptatie van de werkelijkheid en het loslaten van modellen. Amsterdam: Uitgeverij De Arbeiderspers, 2021.
 82. Banh MK, Chaikind J, Robertson HA, et al. Evaluation of Mental Health First Aid USA Using the Mental Health Beliefs and Literacy Scale. *Am J Health Promot* 2019; 33: 237-247. 2018/07/11. DOI: 10.1177/0890117118784234.
 83. Chibanda D, Cowan F, Verhey R, et al. Lay Health Workers' Experience of Delivering a Problem Solving Therapy Intervention for Common Mental Disorders Among People Living with HIV: A Qualitative Study from Zimbabwe. *Community Ment Health J* 2017; 53: 143-153. 20160524. DOI: 10.1007/s10597-016-0018-2.
 84. Sigfúsdóttir ID, Thorlindsson T, Kristjánsson ÁL, et al. Substance use prevention for adolescents: the Icelandic Model. *Health Promot Int* 2009; 24: 16-25. DOI: 10.1093/heapro/dan038.
 85. Robinson EJ and Henderson C. Public knowledge, attitudes, social distance and reporting contact with people with mental illness 2009-2017. *Psychol Med* 2019; 49: 2717-2726. 2018/12/21. DOI: 10.1017/s0033291718003677.
 86. Clark DM, Canvin L, Green J, et al. Transparency about the outcomes of mental health services (IAPT approach): an analysis of public data. *Lancet* 2018; 391: 679-686. 2017/12/12. DOI: 10.1016/s0140-6736(17)32133-5.
 87. Linskens EJ, Venables NC, Gustavson AM, et al. Population- and Community-Based Interventions to Prevent Suicide. *Crisis* 2022 2022/09/03. DOI: 10.1027/0227-5910/a000873.
 88. Test MA and Stein LI. Practical guidelines for the community treatment of markedly impaired patients. *Community Ment Health J* 1976; 12: 72-82. 1976/01/01. DOI: 10.1007/bf01435740.
 89. Perkins R, Repper J, Rinaldi M, et al. Recovery Colleges - ImROC briefing paper. 2012. <https://imroc.org/wp-content/uploads/2022/04/1.Recovery-Colleges.pdf>: ImROC.
 90. Hancock N, Scanlan JN, Gillespie JA, et al. Partners in Recovery program evaluation: changes in unmet needs and recovery. *Aust Health Rev* 2018; 42: 445-452. 2017/07/12. DOI: 10.1071/ah17004.
 91. Aubry T, Nelson G and Tsemberis S. Housing First for People with Severe Mental Illness Who are Homeless: A Review of the Research and Findings from the at Home—Chez soi Demonstration Project. *The Canadian Journal of Psychiatry* 2015; 60: 467-474. DOI: 10.1177/070674371506001102.
 92. Sunthararajah S, Clarke K, Razzaque R, et al. Exploring patients' experience of peer-supported open dialogue and standard care following a mental health crisis: qualitative 3-month follow-up study. *BJPsych Open* 2022; 8: e139. 20220722. DOI: 10.1192/bjo.2022.542.
 93. Kinane C, Osborne J, Ishaq Y, et al. Peer supported Open Dialogue in the National Health Service: implementing and evaluating a new approach to Mental Health Care. *BMC Psychiatry* 2022; 22: 138. 20220222. DOI: 10.1186/s12888-022-03731-7.
 94. Copeland MEMSMA. Wellness Recovery Action Plan.
 95. Drake RE, Bond GR and Becker DR. Individual placement and support an evidence-based approach to supported employment. New York: Oxford University Press, 2013.
 96. van Veldhuizen R, Delespaul P, Kroon H, et al. Flexible ACT & Resource-group ACT: Different Working Procedures Which Can Supplement and Strengthen Each Other. A Response. *Clinical practice and epidemiology in mental health : CP & EMH* 2015; 11: 12-15. 20150227. DOI: 10.2174/1745017901511010012.
 97. van Spronsen M and van Os J. We zijn God niet. Een pleidooi voor een nieuwe psychiatrie van samenwerking. Amsterdam en Leuven: Lannoo-Campus, 2021.
 98. Oedegaard CH, Ruano AL, Blindheim A, et al. How can we best help this patient? Exploring mental health therapists' reflections on medication-free care for patients with psychosis in Norway. *Int J Ment Health Syst* 2022; 16: 19. 20220404. DOI: 10.1186/s13033-022-00529-8.
 99. Thornicroft G and Tansella M. Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care: overview of systematic evidence. *Br J Psychiatry* 2004; 185: 283-290. DOI: 10.1192/bjp.185.4.283.
 100. Proctor EK, Landsverk J, Aarons G, et al. Implementation research in mental health services: an emerging science with conceptual, methodological, and training challenges. *Adm Policy Ment Health* 2009; 36: 24-34. 20081223. DOI: 10.1007/s10488-008-0197-4.
 101. Burns T. The rise and fall of assertive community treatment? *Int Rev Psychiatry* 2010; 22: 130-137. DOI: 10.3109/09540261003661841.

102. Glogowska M, Stepney M, Rocks S, et al. Implementation of significant mental health service change: perceptions and concerns of a mental health workforce in the context of transformation. *J Health Organ Manag* 2022; 36: 66-78. DOI: 10.1108/JHOM-06-2021-0205.
103. Edbrooke-Childs J, Calderon A, McDonnell M, et al. A qualitative exploration of the role of leadership in service transformation in child and adolescent mental health services. *Child Adolesc Ment Health* 2019; 24: 170-175. 20181024. DOI: 10.1111/camh.12303.
104. Starks SL, Arns PG, Padwa H, et al. System Transformation Under the California Mental Health Services Act: Implementation of Full-Service Partnerships in L.A. County. *Psychiatr Serv* 2017; 68: 587-595. 20170201. DOI: 10.1176/appi.ps.201500390.
105. Rotmans J, Kemp R and Asselt M. More Evolution Than Revolution: Transition Management in Public Policy. *foresight* 2001; 3: 15-31. DOI: 10.1108/14636680110803003.
106. Lund C, Brooke-Sumner C, Baingana F, et al. Social determinants of mental disorders and the Sustainable Development Goals: a systematic review of reviews. *Lancet Psychiatry* 2018; 5: 357-369. DOI: 10.1016/s2215-0366(18)30060-9.
107. Tran K, Buchanan J, Song YJC, et al. A Mental Wealth perspective: crossing disciplines to understand the value of collective mental and social assets in the post-COVID-19 era. *Int J Ment Health Syst* 2022; 16: 56. 20221212. DOI: 10.1186/s13033-022-00568-1.



www.denieuweggz.nl
Design: Reframing Studio

